

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

Curso ministrado em parceria com a **Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa**
(DR – II Série, nº. 250 de 29 de Outubro de 2002)

III Curso de Mestrado em Intervenção Sócio Organizacional na Saúde

Área de Especialização em
Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde

Paradigma da Formação em Contexto Hospitalar.

Análise da Realidade Percepcionada pelos Enfermeiros de Cuidados Gerais

Dissertação de Mestrado apresentada por:
Filomena de Lurdes Pinto Sanches

Orientador:
Prof. Doutor Carlos Alberto da Silva

Évora
Maio de 2009

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

Curso ministrado em parceria com a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa
(DR – II Série, nº. 250 de 29 de Outubro de 2002)

III Curso de Mestrado em Intervenção Sócio Organizacional na Saúde

Área de Especialização em
Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde

Paradigma da Formação em Contexto Hospitalar.

Análise da Realidade Percepcionada pelos Enfermeiros de Cuidados Gerais

Dissertação de Mestrado apresentada por:

Filomena de Lurdes Pinto Sanches



171 384

Orientador:

Prof. Doutor Carlos Alberto da Silva

Évora

Maior de 2009

“O único indicador padrão verdadeiro da grandeza de uma civilização é o nosso sentido de responsabilidade moral e social na transformação de riqueza material em valores humanos e na obtenção do nosso potencial máximo como uma sociedade que cuida”

**The Right Honorable Norman kirk
(Antigo Primeiro Ministro da Nova Zelândia)
(Watson:2002)**

SIGLAS E ABREVIATURAS

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
art. – Artigo

BSC – Balanced ScoreCard

Dec. – Decreto

DL – Decreto – Lei

DGS – Direcção geral de Saúde

DMRH – Departamento de Modernização dos Recursos Humanos

DR – Diário da República

EFQM – European Foundation for Quality Management

Enf.º – Enfermeiro

Enf.º PC – Enfermeiro da Prestação de Cuidados

Enf.º RF – Enfermeiro Responsável pela Formação

EPE – Entidade Pública Empresarial

HNSR – Hospital Nossa Senhora do Rosário

Interprof. - Interprofissional

JCAHO - Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

JCI - Joint Commission Internacional

KMO – *Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy*

N – População

NA – Não se Aplica

n.d. - Nenhuma data

n.º - Número

NR – Não responde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OIT – Organização Internacional do Trabalho

OMS – Organização Mundial de Saúde

p. - Página

p - Nível de Significância

PDC – Plano de Desenvolvimento de Competências

PF – Plano de Formação

Prof. – Professor

QREN – Quadro de Referência Estratégico Nacional

RH – Recursos Humanos

SA – Sociedade Anónima

TQM – Total Quality Management

UNESCO – United Nations Educational, Scientific and cultural organizational

AGRADECIMENTOS

Aos Filhos André e Gustavo, pelo amor incondicional, compreensão e carinho.

À Mãe pelo esforço redobrado para acompanhar a energia dos dois netos.

Aos Amigos pelo carinho e incentivo.

Ao Prof. Doutor Carlos da Silva pelos ensinamentos, disponibilidade e por acreditar em mim.

RESUMO

Paradigma da Formação em Contexto Hospitalar

Análise da Realidade Percebida pelos Enfermeiros de Cuidados Gerais

A presente investigação empírica, desenvolvida na área da formação contínua, procura compreender como se processa a formação contínua em contexto de trabalho dos enfermeiros de uma organização hospitalar, centrando-se na percepção e representações dos enfermeiros de cuidados gerais sobre a qualidade, autopercepção do impacto e importância da formação no desenvolvimento de competências e motivação para a participação na formação contínua, como forma de promover o desenvolvimento de competências.

Considerando-se que a problemática do paradigma da formação, subsiste na falta de articulação entre os processos comunicacionais, motivadores, procedimentais e dos recursos à disposição dos usuários e gestores da formação, a nível micro dos serviços da organização e macro da tutela o que contribui para a inexistência de resultados quantificáveis, em termos de eficácia e eficiência da formação no desenvolvimento de competências dos colaboradores e crescimento da organização.

Apesar da formação contínua, nas organizações, objectivar o desenvolvimento de competências, implicar a construção de um quadro de referência a partir de uma abordagem multidisciplinar, de forma a incluir a complexidade dos fenómenos, a investigação dos factores determinantes que concorrem para a performance dos enfermeiros, parece ser uma abordagem imprescindível para compreender e analisar a problemática na sua dimensão.

O estudo empírico consistiu numa investigação exploratória/descritiva, partindo de uma amostragem não probabilística, optando-se por uma metodologia quantitativa, através da aplicação de questionários a 208 enfermeiros da prestação de cuidados, de uma organização hospitalar pública EPE, da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Esta investigação permitiu verificar que no geral, os enfermeiros têm uma percepção positiva sobre a qualidade da formação contínua desenvolvida no serviço onde desempenham funções. Maioritariamente consideram importante a formação contínua como factor de desenvolvimento de competências, sentem-se motivados e participam activamente na formação. No entanto, não se conseguiu efectuar qualquer tipo de inferências ou correlações entre as variáveis de estudo constatando-se que os enfermeiros responderam *frequentemente* e *Sempre*, na grande maioria das questões, havendo heterogenia nas respostas a questões semelhantes. O estudo demonstrou que apesar da percepção positiva dos enfermeiros sobre a formação contínua desenvolvida no serviço, não se consegue ter a verdadeira percepção de como é conduzida a formação em serviço qual o seu impacto na melhoria do desempenho dos enfermeiros e se a organização evidencia uma cultura de formação voltada para uma estratégia de melhoria contínua das qualificações dos enfermeiros. À luz dos resultados, foi desenvolvido um projecto de intervenção sócio-organizacional na área da gestão da formação, numa perspectiva de estratégia de desenvolvimento organizacional, melhoria das competências individuais e proposto um portfólio de descrição de funções do enfermeiro responsável pela formação.

Palavras-chave: Enfermagem, Organizações, Formação contínua, Perfil de Competências.

ABSTRACT

Continuous Professional Training in Hospital Setting. Analysis of the Reality Perceived by General Care Registered Nurses

This study, based on the issues of continuous professional training in the hospital setting, as a factor to develop nurses competencies, intends to understand how the training program in the hospital milieu is conducted, focusing on perceptions and concepts of quality, impact, importance and motivation to participate in ongoing professional training, according to general care registered nurses point of view.

The study main goal is to identify how is developed professional training in a medical institution from Sub-Região de Saúde de Lisboa and Vale do Tejo, and evaluate the impact of the training program.

Considering that a problematic exists in the articulation between the communication processes, motivational drives, procedures and resources at the disposition of the participants and managers of the professional development program, at a micro level of services in the organization and at a macro level of the government policies and organizational strategies leaders; which contributed to the absence of quantifiable results and little evidence, in terms of efficiency of the professional development program to enhance the professional competencies of those participating in the study.

The investigation of the factorial determinants related to nurses efficient performance enhanced by participating in continuous professional training, seems to be an imperative approach to understand and analyze the problematic in its own dimension.

The empirical study consisted in an exploratory/descriptive investigation, departing from a random sample, by means of a quantitative methodology approach; through the use of questionnaires being administered to 208 nurses in general care, from a public medical organization.

This study, allowed to verify that nurses have a positive perception of the professional development programs established in their workplace, and the competencies of those nurses in charge of delivering the program. The majority, considered the maintenance of a continuous professional development program, imperative to maintain good professional skills; they feel motivated and actively participate in professional development programs. However, it was not possible to make any correlations between the variables of the study, noticing that the nurses answered *frequently* and *always*, to the majority of the questions. The study demonstrated that even though nurses have a positive perception of professional development in terms of their workplace, it was inconclusive to ascertain the training quality programs delivered at medical facilities. In conclusion, a plan of intervention centred on a socio-organizational model, was developed to create a uniform, procedural approach to developing high standards competencies for the registered nurses, by a professional

training program, that include monitoring the process and assessing the results of the program. Management competencies according to a balanced scorecard it's another proposal of this study.

Key Words: Nursing, organizations, Competencies Core, Continuous Professional Training

INDICE

	Página
O – <u>INTRODUÇÃO</u>	17
1 – <u>OBJECTIVOS E JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO</u>	24
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	28
2 – <u>ENQUADRAMENTO TEÓRICO</u>	29
2.1 – ENFERMAGEM – CAMINHO PERCORRIDO	30
2.1.1 – <u>Área de Intervenção e Perfil de Competências dos Enfermeiros</u>	33
2.1.2 – <u>Os Enfermeiros nos Departamentos de Formação dos Hospitais</u>	37
2.2 – CONHECIMENTOS E COMPETÊNCIAS	42
2.2.1 – <u>Conhecimentos – Conceitos e Princípios</u>	43
2.2.2 – <u>Competências Individuais</u>	46
2.2.2.1 – Tipologia de Perfil de Competências	52
2.2.3 – <u>Visão do Balanced Scorecard nas Organizações</u>	54
3 – <u>FORMAÇÃO NAS ORGANIZAÇÕES</u>	58
3.1 – AS ORGANIZAÇÕES E AS PESSOAS.....	58
3.2 – AS ORGANIZAÇÕES	61
3.3 – GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS NAS ORGANIZAÇÕES	63
3.3.1 – Tipologia de Gestão de Recursos Humanos	66
3.3.2 – Factores de Motivação das Pessoas nas Organizações	71
3.4 – FORMAÇÃO CONTÍNUA E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NAS ORGANIZAÇÕES	74
3.4.1 – <u>Objectivos e Modelos de Formação</u>	77
3.4.2 – <u>Avaliação do Impacte da Formação</u>	87
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	93
4 – OBJECTO DE ESTUDO	94
5 – PROCEDIMENTO METODOLÓGICO	99
5.1 – TERRENO DE PESQUISA	100
5.2 – VARIÁVEIS DE ESTUDO	101
5.3 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	106
5.3.1 – <u>Construção do Instrumento de Colheita de Dados</u>	107

	Página
5.3.2 – Validade e Fidelidade do Instrumento de Colheita de Dados	109
5.4. – LIMITAÇÕES DO ESTUDO	111
5.5 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	112
5.6 – PROCEDIMENTO	114
5.6.1 – <u>Tratamento e Análise de Dados</u>	114
5.7. – POPULAÇÃO E AMOSTRA	115
5.8. – CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DE ESTUDO.....	116
6 – <u>APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS</u>	123
7 – <u>ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</u>	151
7.1 – LIMITAÇÕES DO ESTUDO E INVESTIGAÇÕES FUTURAS	165
8 – PROPOSTA DE INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL	166
CONCLUSÃO	172
BIBLIOGRAFIA	181
ANEXOS	
ANEXO I – Decreto – Lei nº. 437/91 de 8 de Novembro – artigo 63º - Regulamenta a formação contínua dos enfermeiros.	
ANEXO II – Pedido de Autorização ao Conselho de Administração da Instituição Hospitalar.	
ANEXO III – Instrumento de Colheita de Dados.	
ANEXO IV – Proposta de Perfil de Funções do Enfermeiro Responsável pela Formação em Serviço.	
ANEXO V – Suporte Informático do Tratamento e Análise de Dados e Documentos do Projecto de Intervenção.	

ÍNDICE DE FIGURAS

	Página
Figura 1 – Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais	35
Figura 2 – Integração da Gestão de Recursos Humanos na Estratégia da Empresa...	67
Figura 3 – Exemplo de um Processo de Desenvolvimento de Competências.....	68
Figura 4 – Fases do Processo de Formação e Modelo de Avaliação da concepção – ADORA	85
Figura 5 – Pressupostos do Modelo de Investigação e Análise	98

ÍNDICE DE QUADROS

Página

Quadro n.º 1 – Matriz rodada dos componentes avaliação do impacte da formação.....	128
Quadro n.º 2 – Matriz rodada dos componentes da dimensão Colaboração/Participação na formação em serviço	138
Quadro n.º 3 – Matriz rodada dos componentes da dimensão qualidade da formação em serviço.....	145

ÍNDICE DE TABELAS

	Página
Tabela n.º 1 – Distribuição da amostra segundo o sexo	117
Tabela n.º 2 – Estatística descritiva da idade	117
Tabela n.º 3 – Distribuição das frequências absolutas de acordo com a classe etária...	118
Tabela n.º 4 – Distribuição das frequências quanto às habilitações profissionais	118
Tabela n.º 5 – Distribuição da amostra segundo o tempo de exercício profissional (em anos)	119
Tabela n.º 6 – Distribuição da amostra segundo o tempo de exercício profissional na instituição (em anos)	120
Tabela n.º 7 – Distribuição da amostra segundo o tempo de exercício profissional no actual serviço (em anos)	121
Tabela n.º 8 – Distribuição das frequências quanto à categoria profissional	121
Tabela n.º 9 – Distribuição da amostra de acordo com o tempo de exercício na categoria profissional	122
Tabela n.º 10 – Estatísticas descritivas do número de acções de formação	124
Tabela n.º 11 – Distribuição da amostra de acordo com a percepção dos enfermeiros sobre o impacte e qualidade da formação	125
Tabela n.º 12 – Distribuição da amostra sobre quem teve a iniciativa de inscrição na acção de formação	130
Tabela n.º 13 – Distribuição da amostra sobre o que motivou a inscrição na acção de formação	131
Tabela n.º 14 – Distribuição da amostra de acordo com a existência de enfermeiro responsável pela formação em serviço	132
Tabela n.º 15 – Distribuição da amostra de acordo com a razão pela qual não existe enfermeiro responsável pela formação em serviço	132
Tabela n.º 16 – Distribuição da amostra de acordo com a colaboração do enfermeiro da prestação de cuidados no desenvolvimento da formação com o enfermeiro responsável pela formação em serviço.....	133
Tabela n.º 17 – Distribuição da amostra sobre a razão pela qual o Enfº da PC não colabora com o enfermeiro responsável pela formação em serviço	133
Tabela n.º 18 – Distribuição da amostra de acordo com o conhecimento dos enfermeiros sobre plano de formação delineado para o serviço	134

Tabela n.º 19 – Distribuição da amostra de acordo com a participação/colaboração na formação em serviço dos enfermeiros da prestação de cuidados	135
Tabela n.º 20 – Distribuição da amostra de acordo com a opinião sobre a qualidade da formação em serviço	140
Tabela n.º 21 – Distribuição da amostra sobre a importância atribuída à formação em serviço como factor de desenvolvimento de competências	147
Tabela n.º 22 – Distribuição da amostra de acordo com a autopercepção dos Enfº da PC sobre os conhecimentos/competências individuais (genéricos e específicos) que possuem e motivação para investir na formação contínua	148

PARADIGMA DA FORMAÇÃO EM CONTEXTO HOSPITALAR
ANÁLISE DA REALIDADE PERCEPCIONADA PELOS ENFERMEIROS DE
CUIDADOS GERAIS

0 – INTRODUÇÃO

A actual sociedade da informação, baseada numa economia alicerçada no conhecimento, protagoniza uma mudança de interpretação dos fenómenos da sociedade e de paradigmas, onde o cultural adquire novas dimensões e protagonismo.

Ao nível micro das organizações os desafios que se impõem, motivados por um contexto envolvente altamente competitivo, condicionam mudanças contínuas ao nível tanto das atitudes e comportamentos das pessoas, como da melhoria da qualidade total na dinâmica de processos de trabalho e de interações, dando nova relevância à aprendizagem contínua nas organizações.

O modelo contingencial da década de 90, demonstrou que a estratégia económica não é de todo independente da gestão dos recursos humanos e que o seu âmbito, tal como referido por Sousa et al (2006), deve ter em consideração factores como a gestão de pessoal, a gestão da cultura organizacional, o desenho da estrutura, a gestão de competências dos profissionais nas organizações e o contributo dos recursos humanos para a competitividade das organizações. Por seu lado Hare e Reynolds (2003), reforçam o papel da actualização de conhecimentos das pessoas através da formação, como fonte geradora de valor e de mais valia para as empresas, sendo que o desempenho numa organização, depende cada vez mais da motivação e formação dos profissionais e da cultura institucional instalada.

Tendo estes condicionalismos em perspectiva, a complexidade da gestão dos recursos humanos, toma contornos particulares no contexto das organizações de saúde, onde o desenvolvimento tecnológico e científico conduz a novas formas de diagnóstico e tratamento e a gestão estratégica por processos, coloca desafios permanentes aos profissionais de saúde, obrigando a um constante reciclar de conhecimentos e competências, de forma a adequarem as suas qualificações às exigências de qualidade dos serviços que prestam aos clientes e em simultâneo contribuir para os objectivos estratégicos da organização. Para além disso, as actuais problemáticas sociais, ambientais, utilização indiscriminada de alguns medicamentos, o que leva ao desenvolvimento de resistências microbianas, obrigando a novas metodologias de tratamento e aumento das despesas associadas à saúde, entre outros factores, obriga os profissionais de saúde, invariavelmente, a desconstruir conhecimentos previamente adquiridos e que se vão tornando obsoletos, de forma a manter qualificações actualizadas e adequadas às exigências e descobertas científicas e inovações tecnológicas da sua área de intervenção.

Assim, a visão estratégica das organizações e o futuro da gestão de competências das pessoas nas organizações, tem forçosamente de passar pelo efectivo reconhecimento quer por parte dos profissionais quer dos órgãos dirigentes, da importância assumida pela formação na adequação das qualificações e competências dos profissionais de saúde aos padrões de qualidade de cuidados exigidos pelo direito de cidadania das pessoas e pelo mandato social da carreira dos profissionais de saúde.

Tal facto, é corroborado por Sousa et al (2006), ao considerarem que a gestão de Recursos Humanos assume, cada vez mais, uma maior importância no desenvolvimento de uma cultura organizacional direccionada para a inovação e aprendizagem contínua, desempenhando um papel fundamental ao nível das mudanças internas e externas à organização, o que provoca alterações nas estruturas organizacionais, nas relações de poder e nas práticas de organização do trabalho.

A enfermagem, é uma profissão na área da saúde que tem evoluído com as mudanças da sociedade e tal como refere Figueiredo (2004:114-115), intervém em diversas áreas, “ (...) como o meio ambiente, questões de índole social, planeamento familiar, organização de instituições de saúde, participação em comissões nacionais e internacionais de ética.” Desempenhando um papel fulcral no desenvolvimento das organizações de saúde. Pela sua função social e face ao actual paradigma sociocultural das sociedades, (envelhecimento da população, aumento do consumo de cuidados de saúde, aumento das doenças crónicas e mesmo pelo surgimento de uma nova filosofia de cuidados de saúde), parafraseando Figueiredo (2004:115), a enfermagem tal “como o conhecimento científico em geral, vive novos contextos e enfrenta novos desafios, o que pressupõe uma evolução constante.”

A formação formal dos enfermeiros é faseada e contínua, desenvolvendo-se desde a formação inicial teórica e prática, até à pós graduada de especialização. No entanto, a aquisição de competências e habilidades constrói-se igualmente através da formação não formal em contexto de trabalho, através de uma prática reflexiva e pelo recurso à formação contínua quer internamente nos serviços, nos departamentos de formação das organizações hospitalares onde desempenham funções quer em cursos e acções de formação externas à organização.

A importância atribuída ao processo de formação contínua dos profissionais de saúde, remonta a 1973 quando a OMS exigiu aos Estados membros que procedessem com carácter de urgência à criação de sistemas de “formação permanente” para os membros das profissões sanitárias, fundadas nas exigências e necessidades locais, no domínio da saúde e que fossem integradas nos sistemas de acção sanitária e de educação nacionais. Em 1976, a

OMS, reactiva a necessidade em promover uma “Educação Permanente” dos profissionais de saúde, como forma de colmatar os efeitos das inovações e alterações do seu âmbito de intervenção, chamando a atenção para a necessidade de uma actualização permanente de conhecimentos dos Recursos Humanos da Saúde, para garantir a promoção da qualidade de cuidados de saúde prestados por estes profissionais.

Os enfermeiros, pioneiros em abraçar projectos de melhoria da sua prática, depressa se organizaram e envolveram na dinamização dos “Departamentos de Educação Permanente”, (como denominados à época) das organizações Hospitalares, tendo desde a sua criação até à actualidade uma intervenção preponderante na sua dinamização e crescimento.

O processo de formação contínua dos enfermeiros, está regulamentada pelo art. 64º, da carreira de enfermagem, Decreto-Lei Nº 437/91 de 8 de Novembro, existindo desde então, a figura de Enfermeiro Responsável pela formação em serviço, assim como, em algumas organizações hospitalares, enfermeiros a desempenhar funções de coordenação de Núcleos e Centros de Educação e Formação, o que permitiu dinamizar a formação contínua dos enfermeiros w dos restantes profissionais de saúde das instituições hospitalares.

Nos hospitais, estes centros de formação, são apoiados legalmente com verbas próprias no orçamento dos mesmos, ou apoios de fundos Comunitários da União Europeia, via orientações estratégicas do Ministério da Saúde. Já em 1998, a Meta 18 do Ministério da Saúde, referia que se deveria “rever os processos de formação e investigação, tornando-os mais relevantes para a melhoria dos cuidados de saúde, através da sua associação a práticas de avaliação de desempenho e de avaliação de qualidade.”

Apesar destas recomendações de há dez anos e das orientações do Departamento de Modernização dos Recursos Humanos da Saúde do Ministério da Saúde, para o Sistema de Acreditação das Unidades Formativas dos Serviços de Saúde de 2005, o certo é que apesar do investimento na formação contínua, ainda não se implementaram nas organizações de saúde, (pela sua dificuldade e exigência de recursos) as práticas de avaliação do impacte da formação no desempenho dos profissionais, de forma a evidenciar o contributo da formação, na qualidade dos cuidados prestados e retorno do investimento na formação, para a eficácia e eficiência da organização.

Para esse fim, o desenvolvimento de guias orientadores processuais e manuais de boas práticas que permitam uniformizar a intervenção dos enfermeiros gestores da formação, é mandatório e estão na agenda do dia. Se bem que a existência dos mesmos per si, não seja sinónimo de uma implementação plena dos processos. Pelo que se impõe a implementação de metodologias de avaliação da performance dos enfermeiros nos hospitais, antes e após a

formação, no sentido de dar evidência aos resultados da formação quer pela melhoria da intervenção dos enfermeiros, com ganhos evidentes em saúde para os clientes quer para a gestão estratégica da organização hospitalar.

A formação não formal dos enfermeiros, através da formação contínua, apesar de estar regulamentada na carreira de enfermagem, no que concerne as qualificações do enfermeiro responsável pela formação, é omissa relativamente à definição e descrição das suas funções. Algumas organizações hospitalares desenvolveram internamente para o efeito, manuais e guias orientadores de processo, de forma a uniformizar a metodologia de planeamento da formação contínua desenvolvida nos serviços, com envio de relatórios de resultados ao enfermeiro coordenador da estrutura de formação formal da organização. Assim sendo, era espectável que os enfermeiros nos hospitais, como grupo profissional, desenvolvessem a formação em serviço, segundo as directrizes emanadas pelo Departamento de Modernização dos Recursos Humanos da DGS (2005) e aplicassem as fases de diagnóstico, planeamento, organização, implementação e avaliação do ciclo formativo, tal como definido pelo processo de acreditação das entidades formativas da saúde.

No entanto, torna-se imprescindível conhecer, se efectivamente, os enfermeiros conhecem os objectivos da formação em serviço, quais as fases de desenvolvimento de um ciclo formativo, se aplicam as directrizes nacionais propostas pelo DMRH da DGS e conhecem os procedimentos implícitos à implementação e avaliação dos resultados da formação contínua, em termos de eficácia e eficiência, tanto para a melhoria e qualidade do desempenho dos enfermeiros como para os resultados estratégicos da organização.

O conhecimento empírico, leva a crer que apesar de existirem orientações sobre a metodologia de desenvolvimento da formação contínua, não existe uniformização no processo de planeamento e avaliação dos resultados da formação contínua, pelos enfermeiros responsáveis pela formação. Nem os enfermeiros, nos hospitais, têm a percepção do efectivo resultado da formação que desenvolvem no desempenho dos profissionais em contexto de trabalho e a sua importância para a eficácia da organização, como instituição cuidadora.

A actual estratégia de gestão de competências dos recursos humanos nas organizações, exige a sua actualização contínua, baseada na definição e descrição de um perfil de competências adequado à função, para otimizar a competitividade e produtividade da organização e também como incentivo e motivação para o desenvolvimento individual, mas numa perspectiva organizacional. Objectivando-se com a formação, colmatar as lacunas entre as competências existentes e as espectáveis, numa perspectiva de melhoria contínua da

qualidade dos cuidados prestados e da performance organizacional e não apenas como uma forma de enriquecimento curricular individual dos profissionais, desprovido de sentido ou ganhos evidentes para a organização como entidade cuidadora.

Obviamente, a formação contínua dos enfermeiros, procura melhorar o desempenho a níveis de excelência, tal como definido nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, procurando contribuir para uma uniformização de competências, geradoras de evidência em ganhos em saúde para os clientes e satisfação dos cidadãos.

A UNESCO em 1976, segundo Carneiro (1988:32), definiu a educação permanente dos enfermeiros como “o conjunto de acções educativas (colectivas ou individuais) que devem ser facilitadas e/ou aconselhadas aos enfermeiros ao longo da sua carreira profissional, com o objectivo de desenvolver ao máximo as suas capacidades humanas e melhorar a sua competência profissional”. Segundo a Recomendação n.º 150 da OIT aprovada em Junho 1975, a formação profissional “visa identificar e desenvolver aptidões humanas, tendo em vista uma vida activa produtiva e satisfatória e em ligação com diversas formas de educação, melhorar as faculdades dos indivíduos compreenderem as condições de trabalho e o meio social e de influenciarem estes, individual ou colectivamente.” Assim, perspectivando a formação permanente dos enfermeiros numa perspectiva de melhoria de competências e adequação contínua das mesmas ao contexto de trabalho, ao longo da vida, torna-se premente conhecer se a formação desenvolvida nos contextos de trabalho, contribui efectivamente para desenvolver as capacidades humanas e técnico-científicas dos enfermeiros, melhorando o seu desempenho.

Assim, esta dissertação sob o tema “*Paradigma da Formação em Contexto Hospitalar. Análise da Realidade Percepcionada pelos Enfermeiros de Cuidados Gerais*”, assume particular relevância no âmbito das políticas de gestão e administração dos recursos humanos das organizações hospitalares na actualidade.

Inserir-se no âmbito do III curso de Mestrado em Intervenção Sócio Organizacional na Saúde, na Especialização de Políticas de Gestão e Administração dos Serviços de Saúde, da Universidade de Évora.

Este estudo, é de interesse relevante para a instituição porque só conhecendo como os enfermeiros, desenvolvem a formação contínua em serviço, qual o impacte da formação no desenvolvimento de competências, na melhoria da qualidade dos cuidados prestados, na satisfação dos clientes e como desenvolvem todo o processo, ou seja qual a eficácia da formação para o desenvolvimento das competências dos próprios e para a estratégia evolutiva da organização, se poderá analisar a situação concreta e delinear uma estratégia de

intervenção consentânea com as exigências de uma cultura de qualidade da prestação de cuidados e traçar um perfil de funções esperadas e desejadas para os enfermeiros responsáveis pela formação em serviço.

Inicialmente, pretendeu-se conhecer o processo de desenvolvimento da formação contínua dos enfermeiros da instituição hospitalar, na perspectiva dos enfermeiros prestadores de cuidados, do enfermeiro responsável pela formação em serviço e do envolvimento do enfermeiro chefe/coordenador de serviço, em todo o processo. No entanto, pelo tamanho da amostra dos enfermeiros chefes/Coordenadores e enfermeiros responsáveis pela formação ser inferior a trinta, os resultados não eram estatisticamente relevantes, de forma a inferir suposições sobre a temática.

Assim, optou-se por restringir o estudo à autopercepção dos enfermeiros da prestação de cuidados, procurando conhecer a sua opinião sobre o impacto da formação desenvolvida em serviço, relativamente ao processo e qualidade do ciclo formativo, motivação para a formação contínua e importância atribuída à formação em serviço como factor de desenvolvimento de competências.

A finalidade global de um projecto de intervenção em gestão de competências é dotar a organização de instrumentos técnicos e metodológicos para gerir as suas políticas e estratégias, tomando como base a identificação das competências que são críticas para o seu desenvolvimento futuro. Isto porque a política de formação, tal como refere Meignant (2003:51) ” não se justifica, portanto na empresa por si mesma, mas pela sua contribuição para a eficiência da organização. Não é uma actividade isolada, mas um elemento de um processo global de gestão e de desenvolvimento de recursos humanos”.

Assim, uma formação contínua que não promove o desenvolvimento de competências, não melhora o desempenho e a produtividade e essencialmente não resulte em ganhos evidentes para a promoção da saúde dos clientes, não é uma formação eficaz e eficiente, não se justificando para o crescimento da organização.

A escolha da instituição e da temática advém do facto de ser o local onde a investigadora desenvolve a sua actividade profissional e desempenhar funções de Coordenadora do Núcleo de Formação e Investigação em Enfermagem.

A percepção, no quotidiano de trabalho, da inexistência de uniformidade, na forma como os enfermeiros percebem e desenvolvem a formação contínua em serviço e a não utilização de métricas sistemáticas e transversais de avaliação do resultado da formação no desempenho dos enfermeiros, demonstrado nos relatórios anuais da formação em serviço enviados ao núcleo de formação, criou a necessidade do estudo.

Assim, o estudo procura diagnosticar, analisar e planear a intervenção estratégica de gestão da formação dos recursos humanos da organização, no sentido de dar resposta às orientações da Administração Central dos Serviços de Saúde (ACSS), no que concerne a identificação de um Balanced ScoreCard de competências individual e organizacional e do Sistema de Acreditação para as Entidades Formativas dos Serviços de Saúde, de forma eficaz. Considerando que o planeamento da formação, numa perspectiva de desenvolvimento de competências deve estar adequado aos factores de sucesso e insucesso de desenvolvimento de competências dos colaboradores da organização hospitalar, com vista à mudança para uma cultura de qualidade sustentada.

Tendo em perspectiva o mote para a investigação, o trabalho que se apresenta está organizado estruturalmente da seguinte forma:

- Apresentação dos objectivos e justificação do estudo, seguido do capítulo de enquadramento teórico que engloba uma síntese da evolução da enfermagem como profissão em Portugal, de forma a estabelecer uma ponte entre os primórdios da profissão, sua evolução, competências dos enfermeiros, referenciando o papel dos enfermeiros nos departamentos de formação e na formação contínua das organizações hospitalares;
- Para enquadrar o desenvolvimento de conhecimentos e competências – objectivo único e final do ciclo de desenvolvimento da formação contínua, abordou-se sob a perspectiva de vários autores, os conceitos e princípios subjacentes ao conhecimento, competências individuais, tipologia de perfis de competências e visão do Balanced scorecard, nas organizações.
- No capítulo quatro, efectua-se uma revisão sobre a formação nas organizações, complexidade das organizações, o papel das pessoas nas organizações, problemática da gestão de recursos humanos nas organizações, diferentes tipologias de gestão de recursos humanos, factores de motivação das pessoas nas organizações e por ultimo o papel e objectivos da formação no desenvolvimento de competências das pessoas nas organizações, modelos de formação e importância da avaliação do impacto da formação.

Após o enquadramento dos conceitos chave que envolvem a problemática em estudo, a parte II deste trabalho, inclui o estudo empírico, onde se identifica o objecto de estudo, os procedimentos metodológicos, limitações e considerações éticas, procedimento, tratamento e análise dos dados, apresentação, análise e discussão dos resultados. Por fim, serão abordadas as limitações do estudo, as propostas de investigações futuras e apresentado um projecto de intervenção para o departamento de formação, como forma de administrar a gestão de competências dos Recursos Humanos de enfermagem da organização hospitalar.

1- OBJECTIVOS E JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

A formação desempenha um papel activo e preponderante na estratégia de desenvolvimento e crescimento de uma organização, seja esta pública ou privada.

Quando se pensa em competência e boa performance do capital humano das organizações de saúde, refere-se a toda uma equipa multidisciplinar e engloba a diversidade de saberes e competências que devem possuir, o que implica saberes técnico-científicos, de comunicação, socialização, relacionamento e humanização.

Pela intervenção multidimensional dos profissionais de saúde, programas de certificação da qualidade hospitalar que originam processos de mudança constantes, preconizando uma gestão por processos, as organizações hospitalares, tem necessidade em definir os portfólios de competências que respondem às necessárias da organização e aos factores críticos de sucesso da organização.

A formação contínua dos enfermeiros nas organizações hospitalares, tal como é desenvolvida, engloba processos de formação organizados e institucionalizados e visa desenvolver competências de acordo com as necessidades e objectivos do serviço, da organização e dos próprios colaboradores.

No entanto, destas considerações, advêm questões sobre a efectiva transferência das aprendizagens obtidas na formação contínua, para o contexto de trabalho e evidência das mesmas em resultados efectivos na melhoria da prestação de cuidados, ganhos em saúde, na satisfação dos doentes e em ultima instância na eficácia da organização.

Tendo em conta a importância da formação na melhoria e desenvolvimento de competências dos profissionais, melhoria contínua dos cuidados prestados nas organizações de saúde e implementação de processos de mudança sustentada da qualidade, torna-se imprescindível, à luz das orientações emanadas pela Direcção Geral da Saúde para a Acreditação das Entidades Formativas Públicas (2005), entender como se desenvolve a actividade formativa dos profissionais de saúde, mais especificamente dos enfermeiros nas organizações hospitalares e quais os resultados das mesmas. Para isso, é necessário perceber como se processa o planeamento da formação contínua dos enfermeiros nas organizações hospitalares, o que leva às seguintes questões:

- Como é planeada e desenvolvida a formação no continuum da vida profissional do enfermeiro em contexto hospitalar e no serviço onde desenvolve a sua actividade?

- Qual a qualidade da formação desenvolvida pelos coordenadores da formação e formadores (no caso da população do estudo, o enfermeiro responsável pela formação em serviço) na perspectiva dos formandos (enfermeiro usuário da formação)?
- Qual a motivação dos formandos (enfermeiros) para participar na formação em serviço?
- Existe transferência dos conteúdos da formação para o contexto de trabalho?
- Que importância atribuem os enfermeiros à formação contínua como factor de desenvolvimento de competências?
- Na perspectiva da gestão das competências dos enfermeiros, como profissionais que concorrem em grande linha para os resultados da organização hospitalar, carece perceber qual o impacto da formação contínua no desenvolvimento de competências dos enfermeiros, ou seja, se os enfermeiros transferem para o contexto de trabalho os conhecimentos adquiridos e como são avaliados os resultados em termos de desempenho. Para além disso, é importante esclarecer também se:
- A formação em serviço responde às necessidades individuais e funcionais do enfermeiro?
- A formação em serviço integra os objectivos do serviço que decorrem da linha estratégica de desenvolvimento da organização?
- Que competências/perfil deve possuir o enfermeiro responsável pela formação em serviço?
- Qual o envolvimento dos Enfermeiros Chefes no processo de formação dos enfermeiros do seu serviço?

Antes de qualquer intervenção e proposta de medidas correctivas, é imperativo efectuar um diagnóstico da situação, numa perspectiva de 360º, ou seja, abordar a problemática em toda a sua globalidade, conhecendo as representações e percepções dos intervenientes no processo.

Neste sentido o presente estudo tem como ponto de partida as seguintes perguntas de investigação:

- *Como é desenvolvida a formação em serviço dos enfermeiros da prestação de cuidados?*
- *Qual o impacto da formação contínua no desenvolvimento de competências dos enfermeiros da prestação de cuidados?*

Segundo as exigências do Sistema de Acreditação das Unidades Formativas dos Serviços de Saúde (2005), (DMRH:2005), o ciclo formativo deve ser desenvolvido numa perspectiva

pedagógica. O que incluiu: diagnóstico, planeamento, concepção, desenvolvimento e acompanhamento/avaliação aos quatro níveis da formação.

O planeamento da formação é entendido, como um processo de transformação de práticas sociais e profissionais que possuem como ponto de referência a identificação prévia das carências formativas dos destinatários.

Os enfermeiros, independentemente do seu contexto de trabalho, necessitam conhecer o que se espera deles (descrição de funções) e possuir as qualificações necessárias ao desenvolvimento das actividades da sua área funcional (adequação das qualificações e competências ao contexto). Caso exista lacunas entre o espectável e as qualificações, deve ser facultado pela organização, o desenvolvimento dessas competências através da formação contínua (JCI:2008; Código do Trabalho art.ºs 123º a 126º).

Promover as condições para dotar os enfermeiros com os conhecimentos e competências exigíveis para o trabalho que lhe é proposto desempenhar, deverá ser uma prioridade estratégica da gestão de recursos humanos das instituições hospitalares, a par com a dos restantes profissionais da saúde e todos os trabalhadores e uma exigência do processo de acreditação da qualidade hospitalar.

Desta forma, o enfermeiro, não só desempenha as funções compatíveis com as suas qualificações/competências, como ao se sentir seguro e dotado de conhecimentos baseados na experiência prática e formação específica formal, sente-se motivado para o trabalho e para desenvolver uma prática eficaz e eficiente, tal como definido no 4º Nível da pirâmide das Necessidades de Maslow (Maslow:1954; Orstman:1978)).

Assim, para o desenvolvimento de um plano estratégico de gestão das competências dos enfermeiros, numa organização hospitalar, torna-se essencial conhecer:

- A qualidade da formação desenvolvida no serviço;
- A importância que os enfermeiros atribuem à formação em serviço;
- A motivação dos enfermeiros para participar na formação contínua em serviço, como factor preditor de desenvolvimento de competências;
- Se os conhecimentos e comportamentos adquiridos na formação são mobilizados.

Nas pesquisas bibliográficas efectuadas, encontram-se alguns estudos sobre gestão de competências do Capital Humano ao nível das empresas ou sobre a importância da formação como factor de desenvolvimento das competências dos colaboradores. No entanto, sobre a qualidade da formação desenvolvida, competências dos responsáveis pela formação, impacte da formação no desempenho e resultados e eficiência e eficácia da formação no desenvolvimento de competências, principalmente na complexidade de uma organização,



hospitalar, poucos estudos se conhecem, pela dificuldade em correlacionar as competências desenvolvidas pela formação, como sendo resultado directo da formação.

Pelas razões apresentadas, este estudo torna-se pertinente como tópico de investigação na área da intervenção Sócio-Organizacional da saúde e mais especificamente na especialização em políticas de gestão e administração dos serviços de saúde.

Este estudo tem como objectivo geral:

- Conhecer a eficácia da formação no desenvolvimento de competências dos enfermeiros da prestação de cuidados da organização hospitalar;

Os objectivos específicos visam:

a) Conhecer o impacte da formação em serviço no desenvolvimento das competências, percebido pelos enfermeiros da prestação de cuidados;

b) Conhecer se os enfermeiros de cuidados gerais participam e colaboram na formação em serviço;

c) Conhecer a percepção do enfermeiro da prestação dos cuidados sobre a qualidade da formação desenvolvida pelo enfermeiro responsável pela formação em serviço;

d) Conhecer a importância atribuída pelos enfermeiros à formação contínua em serviço como factor de desenvolvimento de competências;

e) Conhecer o grau de motivação dos enfermeiros para participarem na formação contínua em serviço;

Pela sua importância e perspectiva de desenvolvimento de um projecto de intervenção, conducente a uma efectiva melhoria da gestão de competências dos enfermeiros nas organizações hospitalares e necessidade em criar indicadores que demonstrem os resultados da formação na melhoria contínua das competências dos enfermeiros e seu consequente impacto em ganhos em saúde para os clientes e na eficiência da organização, parece ser um desafio que carece ser realizado.

PARTE I
ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2– ENQUADRAMENTO

A gestão de competências dos recursos humanos, através da formação, integrada nas estratégias de desenvolvimento e crescimento das organizações, é nos dias de hoje, um factor de indiscutível importância.

Para se falar em formação contínua e gestão de competências dos recursos humanos inseridos numa organização, cuja mudança estratégica está orientada para a melhoria e inovação contínua dos serviços que presta, torna-se necessário enquadrar as várias determinantes que concorrem para o mesmo paradigma.

Para isso, torna-se imprescindível fazer um paralelismo entre os processos de mudança acelerados das organizações de saúde que integram a certificação da qualidade, os modelos de gestão por objectivos e a melhoria da eficácia e eficiência das organizações através da gestão de recursos humanos, na vertente formativa e de desenvolvimento de competências individuais e organizacionais.

Para isso definiram-se as palavras-chave que orientaram a pesquisa bibliográfica para enquadramento dos conteúdos:

Enfermagem, organizações, Formação contínua, Perfil de Competências.

2.1 – ENFERMAGEM – O CAMINHO PERCORRIDO

A prestação de cuidados de enfermagem em termos históricos está assente em determinantes de ordem sociocultural, sendo assumida como uma prática de conforto, caridade e autosacrifício, realizado pelas mulheres. Pelo que se entende que o conceito de enfermagem está associado ao facto de ser “ (...) uma profissão praticada essencialmente por mulheres, resultante de um passado cultural e sob a influência de factores religiosos”. Oliveira (2006:185).

Também Collière (1989), ao referir-se à importância do papel da enfermeira utiliza a designação de “mulher consagrada”, termo associado a valores religiosos e morais.

De facto, é a tradição religiosa que marca o papel da enfermagem no início do século XX, denominando-se as primeiras escolas de enfermagem, não pela área científica ministrada, mas por escolas de enfermeiras, ou seja pela pessoa formada (Figueiredo:2004). Isto deve-se ao facto da enfermagem possuir, segundo Morrow et al., citados por Moreira (2000), uma população maioritariamente feminina (cerca de 90%).

Em Portugal as referências sobre a prática de enfermagem, desde a Idade Média até ao Antigo Regime, são escassas o que torna difícil seguir o seu percurso durante este período.

No entanto, no Renascimento, a reforma protestante e a instalação do capitalismo conduzem à laicização do cuidado de enfermagem, num período que vai desde a Idade Média, até ao século XIX. É então durante o século XIX que a enfermagem em Portugal evolui, baseando-se nas ideologias de Florence Nightingale e Ethel Bedford Fenwick.

No entanto a necessidade em formar pessoal de enfermagem minimamente qualificado surge por iniciativa dos médicos e cirurgiões dos hospitais de Lisboa, Coimbra e Porto, como forma de qualificarem ajudantes. É também de iniciativa dos médicos, a criação dos primeiros cursos e escolas profissionais, como a Escola de Enfermagem Artur Ravara em Lisboa em 1930, e Ângelo da Fonseca em Coimbra em 1931. (Graça s.d).

A reforma do ensino e da prática de enfermagem, dá-se através do D.L. nº 32612 de 31 de Dezembro de 1942, onde é também imposta a proibição do casamento, revogada apenas em 18 de Março de 1963 através do D.L. nº 44923.

Em 1940 é criada a Escola Técnica de Enfermeiras (ETE) do Instituto Português de Oncologia, pelo Prof. Doutor Francisco Gentil, com o objectivo de “ (...) assegurar ao país a formação de enfermeiros altamente qualificados, capazes de participar, pela sua competência científica, técnica e humana, na melhoria da assistência da saúde” (Graça s.d.).

Este curso de três anos exigia o 2º ciclo liceal (actual 3º ciclo do ensino básico), como habilitações mínimo. Os cursos de especialidade em enfermagem foram também regulamentados em 1942.

As reformas ocorridas em 1952, dotaram as escolas de enfermagem de autonomia técnica e administrativa, o que se traduziu na evolução do nível da melhoria da formação dos monitores através da criação do curso complementar.

O D.L. nº 46448 de 20 de Julho de 1965, trouxe a reforma que permitiu ao ensino e exercício da enfermagem em Portugal, começar a ganhar maior autonomia e especificidade adoptando as orientações internacionais da OMS e do Concelho Internacional dos Enfermeiros.

Com esta reforma, a admissão ao Curso Geral de 3 anos, passou a ter como habilitações mínimas o 2º ciclo liceal ou equivalente; o plano de estudos diminuiu o domínio das ciências biomédicas e de patologia e incluiu uma formação mais equilibrada e polivalente do enfermeiro. Da área hospitalar expandiu-se para o exercício de actividades na área da saúde pública e dos cuidados ambulatoriais, adoptando uma pedagogia mais activa e participativa.

Em 1979 (D.L. nº 98/79 de 6 de Setembro), é exigido o 3º ciclo ou curso complementar dos liceus (onze anos de escolaridade) como habilitações mínimas para admissão ao curso de enfermagem.

O D. L. Nº 490/88 de 23 Dezembro regulamentado pela Portaria nº 65-A/90 de 26 de Janeiro, estatuiu a integração do ensino de enfermagem no ensino superior politécnico, sob a tutela conjunta dos Ministérios da Educação e da saúde e a Portaria nº 195/90, de 17 de Março, regulamentando o curso de Bacharelato em enfermagem. Com a integração no ensino superior, a enfermagem ganha autonomia científica e consequente desenvolvimento do seu campo científico.

Através do Decreto – Lei nº 353/99 de 3 de Setembro, o Ministério da Educação aprova a criação dos cursos de Licenciatura em Enfermagem, Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem e o Complemento de Formação.

O Decreto – Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, regulamenta o exercício profissional de enfermagem (REPE) e explicita a importância da sua regulamentação, pela evolução da enfermagem quer a nível da formação de base quer no que diz respeito à complexificação e dignificação do seu exercício profissional.

A enfermagem passa assim, a ter três áreas de actuação regulamentadas: Prestação de Cuidados, Gestão de Serviços e Assessoria (D.L. n.º 437/91 de 8 de Novembro).

Finalmente, o Decreto – Lei n.º 104/98, de 21 de Abril, cria a Ordem dos Enfermeiros.

Das estratégias iniciais de intervenção da OE, surgiu o quadro conceptual do exercício profissional dos enfermeiros e os enunciados descritivos da qualidade dos cuidados. O que veio preencher a lacuna existente até então, da definição de um modelo de referência conceptual que orientasse os padrões de qualidade da intervenção de enfermagem, de forma a promover a uniformização da prática de enfermagem, assente num conjunto de indicadores com ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Resumindo os antecedentes históricos da enfermagem em Portugal, pode-se constatar o quanto a enfermagem evoluiu desde os cuidados de conforto e de ajuda para com os doentes e desfavorecidos, baseados nos princípios religiosos e alicerçados no papel da mulher na sociedade e da conotação de ajudantes dos médicos e cirurgiões; para uma intervenção interdependente e autónoma, baseada na prática reflexiva, na investigação e na procura de modelos de excelência. Apesar dessa evolução, em termos de visibilidade social, verifica-se ainda hoje, alguma dificuldade em distanciar a enfermagem do papel de dependência do médico que lhe está associado desde os primórdios da profissão.

A OE trabalhou no sentido de descrever os Padrões de Qualidade que orientam a excelência da prática da enfermagem e definiu o perfil de competências dos enfermeiros de cuidados gerais que permite orientar a intervenção dos enfermeiros quer a nível das intervenções interdependentes como autónomas.

Na actualidade, as mudanças contínuas relacionadas com os projectos de acreditação da qualidade nos quais os enfermeiros estão envolvidos, obriga e cria oportunidades para o desenvolvimento de novas competências incluídas nos saberes e competências definidos pela OE, mas que envolvem novas visões e estratégias de intervenção, transversais aos outros profissionais de saúde e que incluem práticas de gestão da qualidade, tornando-se imperativo definir novas formas de trabalho e de actividades baseadas em indicadores predefinidos que permitem quantificar o efectivo resultado das intervenções de enfermagem.

2.1.1 – Área de Intervenção e Perfil de Competências dos Enfermeiros

A criação da Ordem dos Enfermeiros (OE), em 21 de Abril 1998, permitiu integrar os saberes e filosofias de enfermagem, de forma a projectar uma profissão baseada em Padrões de Qualidade bem definidos.

Foi neste contexto que a OE definiu o “ nível de qualificação profissional dos enfermeiros”, o seu campo de intervenção-acção e as competências expectantes dos enfermeiros da prestação de cuidados gerais, pronunciando-se também sobre os modelos de formação, atribuição do título de enfermeiro e desta forma através do registo de todos os enfermeiros, proteger o título e a profissão de enfermeiro.

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), enfermagem é:

(...) a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma a que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.

A OMS, identifica como componentes de cuidados de saúde de qualidade “o elevado grau de excelência profissional; eficiência na utilização de recursos; riscos mínimos para os doentes; satisfação para os utilizadores e obtenção de resultados de saúde”. (OE:2003)

Os enunciados descritivos dos cuidados de enfermagem, alicerçados no modelo conceptual dos padrões de qualidade da excelência da intervenção de enfermagem, orientam para a prossecução de uma pratica de qualidade adaptada à pessoa, ao ambiente e à situação concreta vivenciada e evidenciada através de Indicadores.

De acordo com o Plano Nacional de Saúde (2004-2010) deve ser dada prioridade às acções de promoção da saúde e de prevenção das doenças, de modo a obter mais ganhos para a saúde da população, melhorando a qualidade da relação com os cidadãos.

Para melhorar a prestação de cuidados de saúde, de acordo com o Plano Nacional de saúde, as organizações, devem introduzir sistemas e práticas de qualidade, e desenvolver estratégias de qualificação e desenvolvimento dos recursos humanos necessários à execução de projectos institucionais.

Assim, tendo por base todos estes princípios, a intervenção dos enfermeiros junto dos cidadãos, famílias e comunidade, está alicerçada nos seis enunciados descritivos:

- 1- *Satisfação do Cliente*
- 2 - *Promoção da Saúde*
- 3 - *Prevenção de Complicações*
- 4 - *Bem – Estar e o Autocuidado*
- 5 - *Readaptação Funcional*
- 6 - *Organização dos Cuidados de Enfermagem*

Mas tal como refere a OE, para a excelência da prática do exercício dos enfermeiros, não bastam princípios e competências, torna-se imprescindível também a adequação de diversos recursos, tais como:

- Adequação do número de enfermeiros à necessidade de cuidados de enfermagem;
- Existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional;
- Utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras de qualidade.

Assim, através da definição de padrões de qualidade consentâneos com os processos de qualidade instituídos nas organizações de saúde, adopção de uma linguagem universal, conhecida e percebida de forma uniforme por todos, os enfermeiros, criaram as condições para serem pioneiros na implementação de projectos de qualidade, nas organizações de saúde, clarificarem a sua intervenção junto dos clientes e quantificarem o seu contributo para a promoção da saúde dos cidadãos.

Ao desenvolvimento de competências através da formação subjaz um processo de mudança desta dimensão.

As competências do enfermeiro de cuidados gerais estão definidas pela OE desde Outubro de 2003, de acordo com as competências que integram o *ICN Framework of Competencies for the Generalist Nurses*, do Conselho Internacional de Enfermeiros e incluem:

- a) O enquadramento conceptual dos cuidados de enfermagem e os enunciados descritivos da qualidade do exercício dos enfermeiros definidos pela OE;
- b) Um conjunto de competências incluídas numa proposta de directiva comunitária que assenta num conjunto de competências do enfermeiro de cuidados gerais;
- c) Um conjunto de competências extraídas da teorização de Patricia Benner.

Competências dos Enfermeiros de Cuidados Gerais

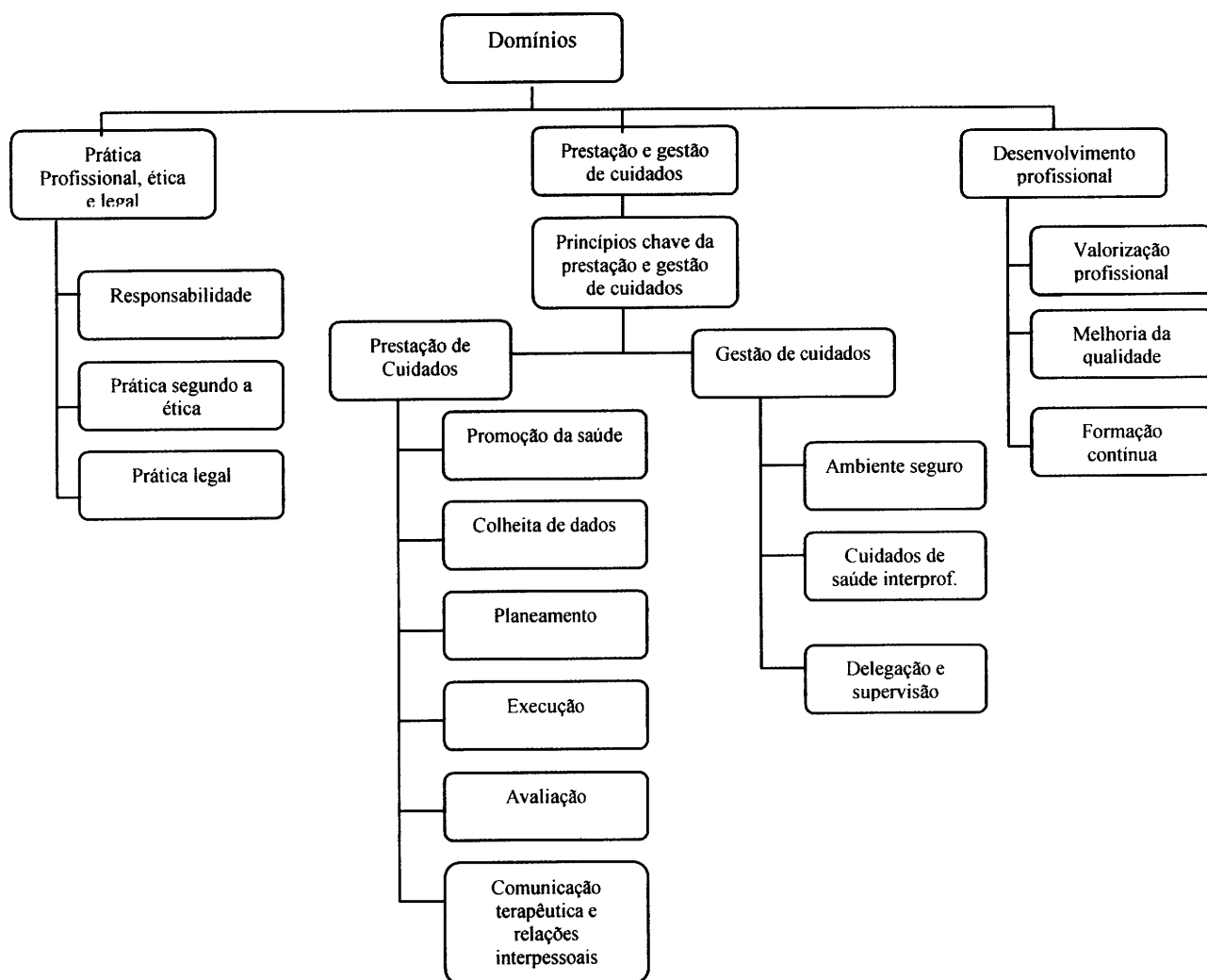


Figura 1. Perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais (OE:2003).

Assim, de acordo com o nível de competência do enfermeiro, a OE (2003:188), definiu que “competência do enfermeiro de cuidados gerais refere um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efectiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar.”

Ao Enfermeiro Especialista, a OE (2003:292) reconhece:

(...) Competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados na área clínica da sua especialidade e é atribuído aos profissionais que já detentores do título de enfermeiro, possuam uma das seguintes habilitações: cursos de pós graduação que nos termos do diploma de instituição, confirmam competência para a prestação de cuidados especializados.

Os estudos de Patrícia Benner em 2001, trouxeram largos contributos à definição dos níveis de desenvolvimento e crescimento profissional dos enfermeiros em prática clínica. A autora objectivou examinar a aquisição de competências baseadas na aprendizagem clínica experiencial e o conhecimento articulado inerente à prática de enfermagem. A sua investigação permitiu, também, revelar o papel fundamental não só, da experiência da prática clínica, mas das narrativas e reflexões sobre a experiência clínica, no desenvolvimento de competências dos enfermeiros. “As narrativas relativas à aprendizagem experiencial ligam o formando, o contexto, as interacções e o tempo.” Para além da prática ser, “em si mesma, um modo de se obter conhecimento”, visto as práticas crescerem através da “aprendizagem experiencial e através da transmissão dessa aprendizagem nos contextos de cuidados.” (Benner; 2001:11 e 12). Como resultado da sua investigação, Benner identificou cinco níveis de competência dos enfermeiros de prática clínica que dependem do tempo de experiência na área de intervenção:

- **Iniciado:** as enfermeiras não têm nenhuma experiência de situações com as quais possam ser confrontadas, tem cerca de 3 meses de experiência, (Benner;2001: 49, 50).

- **Iniciado avançado:** o comportamento das iniciadas avançadas é aquele que pode ser aceitável, pois já fizeram frente a suficientes situações reais; são enfermeiras recém licenciadas e não sabem realizar a triagem das prioridades, necessitam de ajuda e orientação, (Benner; 2001: 50, 51).

- **Competente:** a enfermeira competente trabalha no mesmo serviço há dois ou três anos. Torna-se competente quando começa a aperceber-se dos seus actos em termos de objectivos ou de planos a longo prazo dos quais está consciente. Não tem a rapidez ou maleabilidade da enfermeira proficiente, mas tem o sentimento que é capaz de fazer frente a imprevistos. A planificação consciente e deliberada que caracteriza este nível, ajuda a ganhar eficiência e organização, (Benner; 2001: 53, 54).

- **Proficiente:** esta enfermeira apercebe-se das situações como uma globalidade e não em termos de aspectos isolados e as suas acções são guiadas por máximas. Trabalham habitualmente no mesmo serviço há cerca de cinco anos, (Benner; 2001: 54, 55).

- **Perito:** a enfermeira perita não se apoia num princípio analítico para passar do estado de compreensão da situação ao acto apropriado. A perita tem uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação e apreende directamente o problema sem se perder num leque de soluções e diagnósticos estéreis. As enfermeiras peritas (com cerca de quinze anos de experiência), são muito respeitadas tanto pelos colegas, como pelos médicos, pelas suas capacidades de julgamento e competências, (Benner; 2001:58, 59).

É pois baseado nestes estadios de desenvolvimento de competências, na prática clínica que se define a adequação da dotação de enfermeiros ao contexto de trabalho, contribuindo para a adequação da gestão do pessoal de enfermagem.

2.1.2 – Os Enfermeiros nos Departamentos de Formação dos Hospitais

A formação dos enfermeiros desenvolve-se a vários níveis: desde a formação formal inicial de licenciatura, pós graduada de especialização, passando pela formação informal em contexto de trabalho.

A formação académica e profissional dos enfermeiros em Portugal, desenvolveu-se de forma acentuada, a partir da segunda metade do século XX, reflectindo-se na complexificação da qualidade das práticas profissionais, na elevação do estatuto social da profissão e no seu processo crescente de autonomia, destacando-se de outros profissionais de saúde que trabalham igualmente em contexto hospitalar.

A enfermagem transformou-se em poucos anos numa profissão com carácter científico, com implicações e transformações visíveis no funcionamento das instituições ao nível da prevenção e nos cuidados de saúde.

A inserção da formação dos enfermeiros no ensino superior politécnico, incentivou a um maior investimento da enfermagem na área da investigação, denotando-se um grande investimento dos enfermeiros na sua formação académica, concorrendo à frequência de cursos de complemento de formação (para obtenção de grau académico de licenciado), mestrado e doutoramento.

A “formação permanente” dos enfermeiros, como inicialmente designada, de acordo com Fernandes (1996), está associada à criação da escola de Ensino e Administração de enfermagem que logo após a sua entrada em funcionamento, realizou em Novembro de 1967 um programa de actualização onde incluiu o tema “Educação em serviço”.

Em 1977, a Escola de Ensino e Administração de Enfermagem, sob orientação da Direcção Geral dos Hospitais, organizou um programa para os enfermeiros que viriam a ser responsáveis pelos futuros departamentos de formação.

De acordo com o mesmo autor, (Fernandes:1996:101) o “primeiro encontro entre departamentos de Educação Permanente, aconteceu em Novembro de 1977, no Porto, organizado pelos Hospitais de S. António e de S. João e permitiu a realização do programa

“Educação Permanente” em Março de 1978, na escola de Ensino e Administração de Enfermagem.”

Tendo em vista a necessidade de desenvolvimento e adequação das competências dos profissionais de saúde, no sentido da promoção da saúde dos cidadãos, a OMS em 1977, apelou à criação de sistemas nacionais de formação permanente, para os profissionais de saúde (Macedo:2001). Portugal, através do DL n.º 178/85 de 23 de Maio, promove a criação de estruturas de formação permanente dos enfermeiros.

Face à natureza da profissão de enfermagem e reconhecendo a abrangência, complexidade e especificidades inerentes ao seu exercício, o DL n.º 437/91 de 8 de Novembro, prevê na carreira de enfermagem mecanismos que favoreçam e privilegiem um determinado tipo de formação contínua – a denominada formação realizada em serviço.

Com a aplicação deste diploma, inicia-se o ciclo formal da estruturação macro e micro da formação contínua dos enfermeiros nas organizações hospitalares.

Tal como referido por Macedo (2001), foram os enfermeiros que a nível nacional impulsionaram, nas organizações hospitalares, a política de formação permanente preconizada pela Direcção Geral de Saúde nos anos 70-80.

Mas a própria evolução da sociedade e das organizações, ditou desafios e transformações sem par, nomeadamente no final da década de noventa, na área da formação e qualificação das competências dos profissionais.

Nunca como nas últimas duas décadas, se tem dado tanto relevo à importância assumida pela qualificação das competências quer académicas e profissionais dos cidadãos, numa perspectiva de desenvolvimento da economia, apelando à excelência da performance, na procura da inovação e melhoria dos resultados em termos de promoção da saúde.

O quadro de cooperação política do Conselho Europeu de Lisboa, Março 2000 – Desenvolveu o projecto “Educação e Formação 2010”, com o objectivo de promover a educação e a formação ao longo da vida.

No relatório intercalar de 2006, sobre os progressos alcançados no âmbito do programa de trabalho “Educação e Formação para 2010”, é claramente evidenciada a importância em todos os cidadãos adquirirem conhecimentos, aptidões e competências, para além de manterem permanentemente actualizadas as que já possuem, por meio da educação e da formação ao longo da vida. (Conselho Europeu – Bruxelas:2006) .

A qualidade na saúde é hoje em dia, não um desejo ou necessidade, mas uma exigência de todos os envolvidos no cuidar.

A busca de qualidade deixou de ser uma preocupação apenas das grandes empresas industriais e passou a ser a prioridade de todas as organizações que pretendem acompanhar o progresso. As instituições de saúde mais do que nunca, têm de ter em atenção, para além das orientações políticas e governamentais, o desenvolvimento científico e tecnológico e toda a envolvente cultural e social que lhe está associada. As instituições necessitam de mudar rapidamente a sua filosofia de gestão de forma a responder com eficácia a esta realidade nacional e internacional.

A qualidade está definida de uma forma bastante diversificada dependente dos conceitos e contexto de cada autor, mas em todos eles existe um denominador comum que pressupõe a satisfação do cliente.

A enfermagem corpo específico e fundamental das organizações de saúde, está integrada na dinâmica do controle de qualidade dos cuidados que presta, chamando a si responsabilidade de avaliar e controlar a sua área de intervenção. Actualmente, embora a competência técnica continue importante algo mais é esperado da enfermeira, especialmente no que respeita à relação interpessoal com o doente/família, com os seus pares e toda a equipa multidisciplinar.

Uma aposta efectiva no humanismo e especialmente na formação, permite modificar atitudes e comportamentos que possam proporcionar aos utentes um atendimento personalizado.

Tal como mencionado por Chiavenato (1985:146), “As pessoas constituem o recurso eminentemente dinâmico das organizações. Os recursos humanos, apresentam uma incrível aptidão para o desenvolvimento que é a capacidade de aprender novas habilidades, obter novos conhecimentos e modificar atitudes e comportamentos.”

Quanto mais personalizada e humanizada for a prestação dos cuidados de enfermagem, mais facilmente se dará resposta às necessidades do doente, garantindo desta forma maior qualidade de cuidados.

Numa sociedade em permanente mudança os indivíduos e grupos sociais têm de se manter actualizados e investir na formação pessoal e profissional se pretendem manter-se em sintonia com o mundo actual. Para Hesbeen (2001:68),

(...) a formação contínua deve proporcionar a aquisição de novos conhecimentos e o domínio de certas técnicas, mas a sua função essencial reside na maior abertura do profissional com base na sua experiência, com vista a enriquecê-la, a conceptualizá-la e a ajudá-lo a encontrar espaços de liberdade que lhe permitam uma prática reflectida mais aperfeiçoada e mais portadora de sentido.”

Como instituição prestadora de cuidados de saúde, o hospital, tem pois um papel de grande responsabilidade na garantia da qualidade dos cuidados quer a nível da promoção do trabalho em equipa e de colaboração quer a nível das medidas que visem a melhoria das estruturas, dos processos, do ambiente e da formação contínua dos enfermeiros.

A definição de um quadro conceptual, torna-se assim, uma exigência a nível organizacional e é considerado por vários autores parte integrante de um programa de qualidade de cuidados.

A aprendizagem como fenómeno de crescimento tanto pessoal como profissional, implica a mobilização de variadíssimos recursos adquiridos ao longo da sua experiência como enfermeiro e da sua intervenção com o ambiente que o rodeia. A formação do enfermeiro deve efectivar-se de uma forma harmoniosa, possibilitando o desenvolvimento das suas capacidades, atitudes, comportamentos e potencialidades, para que possa responder com aptidão, eficácia e destreza na sua área de desempenho de funções.

A estrutura formal responsável pela formação contínua, não só dos enfermeiros, mas de todos os profissionais de uma organização hospitalar, envolve um contexto amplo e implica uma estruturação complexa, com domínios ao nível da educação inicial e formação contínua dos profissionais numa perspectiva de desenvolvimento das carreiras e adequação das qualificações ao contexto de trabalho. É senso comum que quem protagoniza informalmente a evolução dos departamentos de formação nos hospitais têm sido os enfermeiros, não só pela necessidade de formação contínua decorrente do desenvolvimento científico, técnico e profissional, mas também porque a sua intervenção, implica contínua aprendizagem de novas metodologias de trabalho, não só entre os pares, mas inseridos numa equipa multidisciplinar. O que pressupõe a necessidade em incluir na dinâmica do planeamento da formação contínua, não apenas os indivíduos ou grupos profissionais mas também a equipa multidisciplinar. Pois tal como refere, Sale (1998:9):

Cada profissional tem um papel a desempenhar na prestação de cuidados de alta qualidade mas, como trabalhamos em equipas multidisciplinares, deveríamos também desenvolver abordagem de garantia da qualidade como equipa. Os cuidados de elevada qualidade não podem ser mantidos se os membros de uma mesma equipa estiverem a trabalhar a níveis diferentes. Tem de existir um nível previamente acordado ao qual todos aspiram, em ordem em assegurar a recepção, por parte dos doentes ou utentes, de cuidados e serviços de boa qualidade.

Esta forma de organização do trabalho, nos hospitais, pela sua complexidade, está ainda longe de ser alcançado, mas é a meta a atingir e visionada pelos responsáveis pela formação.

O planeamento da formação envolve a necessidade de adequação das competências a novas funções, o desenvolvimento de novos conhecimentos tanto no âmbito dos sistemas de informação, processos de certificação da qualidade, como competências comportamentais e relacionais, adequando as suas políticas e procedimentos de desenvolvimento da formação, às exigências de certificação da qualidade da DGS – DMRH (2005), para as entidades formativas públicas.

Havendo estas orientações a nível dos departamentos de formação hospitalar, a formação continua desenvolvida nos serviços pelos enfermeiros, deve obedecer aos mesmos objectivos estratégicos de desenvolvimento de competências, mas num âmbito mais específico e restrito de intervenção que tem a ver com a qualidade da prestação de cuidados dos enfermeiros de acordo com as especificidades do serviço. Para a planificação da formação e aferição dos resultados da formação contínua, existe a figura de enfermeiro responsável pela formação em serviço. Tal como estatuído no ponto 3, do art.º 64º do DL 437/91 da carreira de enfermagem, “a selecção destes enfermeiros terá por base o seu curriculum profissional, relevando ainda a formação em técnicas e métodos no âmbito da pedagogia, a sua experiência profissional e, bem assim, as características pessoais facilitadoras do processo de aprendizagem.” De acordo com Meignant (2003:84), referindo-se à definição do ROME (Répertoire opérationnel des métiers et des emplois), a missão do responsável pela formação:

Identifica e analisa as necessidades de formação, em coerência com a política económica e social da empresa e a sua evolução tecnológica. Concebe, constrói e negocia o plano de formação tendo em consideração aspectos humanos, financeiros, jurídicos, organizacionais e pedagógicos. Acompanha a realização das acções de formação e avalia os efeitos do investimento em formação. Gere as relações com os parceiros profissionais e institucionais da formação.

Para o autor, o responsável pela formação é um gestor que desenvolve a sua actividade num domínio particular que tem a sua própria tecnicidade, mas essa tecnicidade e instrumentos em que se traduz, nada são, se não detiver qualidades de gestor que permitam comunicar com os outros actores, ao nível de par e não de técnico de uma actividade secundária. Pois é nesta particularidade que reside o profissionalismo e sucesso do gestor da formação.

Outro dos problemas relacionados com o processo formativo nas organizações, segundo Caetano (2007:10), é que apesar de existir a crença que a formação contribui para a produtividade individual e organizacional, a verdade é que:

(...) a análise da contribuição efectiva da formação para o desenvolvimento das organizações e dos seus colaboradores tem sido praticamente inexistente e, nos poucos casos em que se verifica, além de ser superficial, não utiliza metodologias capazes de identificar os seus níveis de eficácia, nem é integrada na própria concepção da formação ou do projecto de mudança. Assim, ao nível geral do país, não é actualmente possível, com algum grau de fiabilidade, identificar o nível de transferência da formação para o local de trabalho nem a sua incorporação no desempenho individual e organizacional.

O mesmo se verifica na formação contínua desenvolvida pelos profissionais de saúde nas organizações hospitalares.

2.2 - CONHECIMENTO E COMPETÊNCIAS

A aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências é a finalidade da formação contínua, numa perspectiva de gestão de recursos humanos, na procura de eficácia organizacional. Segundo Dias (2006:3),

A educação, num mundo em constantes mudanças, em que o desenvolvimento pressupõe capacidades a todos os níveis para conduzir e gerir o processo de evolução, adaptado a cada contexto específico, a formação inicial e contínua, aparecem como uma das exigências mais relevantes do desenvolvimento (aprendizagem ao longo da vida), nas suas dimensões: pessoal, profissional e social.

Para fazer face a todas as problemáticas e solicitudes diárias, o desenvolvimento moral e a educação do carácter do enfermeiro, através da formação contínua, reveste-se de particular importância para adequar a sua intervenção e tomar decisões eficazes em contexto de trabalho. Torna-se assim, imprescindível através deste estudo, perceber os factores e princípios associados à importância e semântica do desenvolvimento de competências, numa perspectiva de eficácia organizacional, através da análise de conceitos e tipologia de competências, à luz das exigências actuais da complexidade das organizações hospitalares, na perspectiva de vários autores.

2.2.1 - Conhecimentos – Conceitos e Princípios

As contingências próprias de uma sociedade dinâmica e em constante processo de mudança, leva à consequente aceleração e acumulação de saberes e conhecimentos. Obrigando a uma aprendizagem contínua ao longo da vida e à constatação que todo o conhecimento tem um carácter de incerteza e efémero. Nesta linha de pensamento, entende-se que os conhecimentos se vão construindo tanto por desconstrução dos anteriores, como por novas descobertas técnicas, tecnológicas e científicas.

Para Mayor (2001:91):

“A soberania pessoal é o resultado de um processo educativo eficaz e adequado, isto é, que nos permita desenhar a nossa vida e nos mune de capacidades de reflexão. Para existir como cidadãos temos que precisar, reflectir, meditar, ter as nossas próprias respostas. (...) Se não penso, não exerço a capacidade distinta da espécie humana que é a de pensar, de criar, de inovar, sentir, ter consciência do que sentimos, pensar e participar. Participo logo existo, isto é a única coisa que torna a democracia genuína, a participação dos cidadãos, ter as suas próprias capacidades, isto é o desenvolvimento.”

Em justaposição a este pensamento, intui-se que o conhecimento adquirido através da educação formal inicial contínua é a pedra basilar do desenvolvimento de profissionais qualificados, o que leva ao fenómeno da adequação da aprendizagem ao longo da vida e às mudanças dinâmicas da sociedade contemporânea.

O conhecimento das pessoas resulta de múltiplas experiências, valores e informações adquiridas, decorrentes do seu papel na sociedade no seio da família, no meio profissional e também, como refere Serrano e Fialho (2005), da capacidade interpretativa da pessoa, proporcionando uma estrutura para a avaliação e incorporação de novas experiências. O conhecimento está portanto na mente das pessoas e transforma continuamente informação em conhecimento, através de várias acções de comparação, análise, confirmação e partilha de informações.

Sobre a importância do desenvolvimento de aptidões e conhecimentos Le Boterf (1998), refere que a componente do ensino teórico base, tem como objectivo a aquisição dos conhecimentos e atitudes profissionais necessárias ao desenvolvimento das suas aptidões e os conhecimentos gerais que constituem os recursos incorporados da pessoa e com os quais pode construir as competências. Estes conhecimentos são aquisições essenciais na

educação/formal ao nível da formação inicial e na formação contínua. Para além disso correspondem a um saber objectivo transmitido pelos conceitos teóricos e saberes disciplinares existentes independentemente dos contextos de trabalho.

Para o mesmo autor (Le Boterf:1998), os conhecimentos concorrem para “compreender e analisar uma situação, um problema, um fenómeno e são úteis para realizar um diagnóstico.” Ou seja a mobilização das competências pressupõem a resolução de uma situação em contexto muito próprio. Em concordância, Serrano e Fialho (2005:1), fazem também um paralelismo entre a gestão do conhecimento e o crescimento organizacional:

É a partir do conhecimento que as pessoas e as organizações avaliam novas situações, aprendem e gerem a mudança. O conhecimento não nasce de geração espontânea. É necessário que a sua criação seja fomentada de forma consciente e intencional, realizando actividades e iniciativas com o objectivo de aumentar o património de conhecimento organizacional. É também necessário colocar o conhecimento numa forma que se torne acessível para quem dele precise, no interior da organização. A criação de conhecimento deve também ser encarada como uma actividade central de qualquer organização. É necessário identificá-lo, geri-lo de forma explícita e sistemática, tornando-se evidente a necessidade de o partilhar entre todos os colaboradores.

Pode-se assim perceber porque na actual sociedade perante o paradigma de mudança das organizações hospitalares, o conhecimento individual detido pelos colaboradores, a forma como é gerido e divulgado, são a chave para o crescimento e sucesso organizacional, não podendo o ultimo estar dissociado do primeiro.

Os mesmos autores (Serrano e Fialho;2005:5), integrando o conceito de Moran (1994), entendem por,

Conhecimento a captação, a compreensão e a expressão de todas as dimensões da realidade e a sua ampliação integral; (...) por capacidade o uso do conhecimento para actividades e fins específicos; (...) por gestão do conhecimento, a forma como se faz a criação, a partilha, a distribuição e a utilização do conhecimento para atingir plenamente os objectivos da organização.

Ou seja, apesar de conceitos aparentemente semelhantes as suas dimensões são diferentes, dependendo do objectivo e contexto de domínio. Assim, o conhecimento individual é “o conjunto de crenças mantidas por um indivíduo acerca de relações causais entre fenómenos, entendendo relações causais como relações de causa-efeito entre eventos e acções

imagináveis e prováveis consequências para aqueles eventos ou acções.” (Serrano e Fialho (2005:52)

Para Bancaleiro (2006:81), “o conhecimento é algo que foi conscientemente adquirido (Ter) e que guardamos numa espécie de repositório cerebral e que nos pode servir em qualquer altura (Saber).” Na década de noventa, devido às características do mercado de trabalho, as ligações entre as empresas e as pessoas tornaram-se mais ténues e instáveis e as empresas começaram a fazer a gestão do conhecimento (Knowledge management) que existia na empresa e que na maioria dos casos era a sua grande diferença. (Bancaleiro:2006)

Para Nonaka e Takeushi (1995), o conhecimento organizacional surge do resultado da difusão do conhecimento gerado individualmente e retido por estruturas organizacionais preparadas para cativar, armazenar e disponibilizar por toda a organização.

No entanto segundo Bancaleiro (2006), a gestão do conhecimento é recente, carece desenvolvimento, pois é mais difícil criar uma cultura de partilha de conhecimento que um sistema informático de recolha e partilha de conhecimento, tendo a formação comportamental um papel decisivo a desenvolver nesta área da formação. De acordo ainda com Bancaleiro (2006:81), é esta necessidade que explica a razão do grande sucesso do “coaching, entendido como apoio ao desenvolvimento de uma pessoa, feito por Pessoas tecnicamente habilitadas, em termos individuais, integrado no seu ambiente e prolongado no tempo.”

LeBoterf, considera que os conhecimentos através da formação são os conhecimentos e as capacidades que os formandos detêm depois de completada a sua formação profissional.

Assim, o que diferencia o conceito de conhecimento e competências é o ser capaz de aplicar eficazmente e com conhecimento efectivo (não fazer por fazer, mas fazer com conhecimento de causa porque já fez, conhece, experienciou, percebeu, adaptou-se e sabe fazer de facto e bem), aquilo que aprendeu na formação inicial, em ambiente e situação de trabalho concreta. Pois, “a experiência demonstra que as pessoas que possuem os conhecimentos e dominam as técnicas, muitas vezes não as sabem utilizar devidamente em determinado contexto de trabalho.” (Le Boterf; 1998:41).

Por princípio, conhecimento e competências são indissociáveis, da mesma forma que a eficácia organizacional depende da competência individual e esta, uma vez disseminada, difundida e cativada em função da organização, gera o conhecimento organizacional que é o que diferencia e promove a inovação das organizações.

Outros autores, como, Levy Leboyer (1997), Minet (1995) e Pires (1994), consideram ser necessário distinguir os termos conhecimento adquirido através da formação e competência, esclarecendo que as competências não se resumem a um saber, nem sequer a um saber-fazer. De facto, não são os conhecimentos que a pessoa possui que determinam a sua competência, significa apenas que possui saberes e qualificação. Mas o que a pessoa, de facto faz, como faz e que resultado obtém perante a situação particular, é que importa em contexto concreto de trabalho, pois é a eficácia e perícia demonstrada que demonstra competência.

Isto é bastante preponderante na formação dos profissionais de enfermagem, em que após os conhecimentos adquiridos na formação inicial é em contexto de trabalho, através da monitoria que desenvolve as suas competências e mobiliza com competência os seus conhecimentos, tal como confirmado pelos estudos de Benner (2001).

A formação básica de licenciatura em enfermagem, desenvolve uma multiplicidade de conhecimentos nas diversas áreas do saber, dotando o enfermeiro de qualificações multidimensionais, mas nesta ordem de pensamento o que importa, é a forma como o enfermeiro relaciona e mobiliza os conhecimentos que possui, numa situação concreta, desempenhando a formação contínua um papel preponderante no construto de competências em contexto de trabalho.

2.2.2 - Competências Individuais

O conceito de competência desenvolveu-se a partir da década de oitenta, decorrente de todas as transformações e mudanças estratégicas ocorridas nas organizações.

Vários foram os autores, nos quais se inclui Levy –Leboyer (1996) que desenvolveram o conceito de competências analisando as suas associações e dimensões, no âmbito organizacional.

As pessoas expressam os seus conhecimentos através da habilidade, da atitude e das competências que demonstram no quotidiano familiar e socioprofissional, pelo que as competências interrelacionam-se directamente com o conhecimento.

Competência segundo o dicionário, vem do latim *competentia* e significa a qualidade de quem é capaz de apreciar e resolver certo assunto, fazer determinada coisa, capacidade, habilidade, aptidão e idoneidade, (Ferreira:1995).

Ceitel (2006:76) considera que “ (...) as competências são um conjunto de características que uma pessoa evidencia num determinado ambiente concreto e que gera altos níveis de performance, sendo apenas observáveis, no acto em si, numa acção dinâmica (...) ”, ou seja, apesar de existir semelhança entre o conceito de competência e conhecimento individual, difere no universo abrangido.

Ramos (2001) baseando-se em Schwartz, destaca que a noção de competência diz respeito ao saber-fazer proveniente da experiência ao invés de somente os saberes teóricos tradicionais valorizados na lógica da qualificação.

Alguns autores conceituam gestão por competências e habilidades, como a mesma prática na gestão estratégica de recursos humanos, enquanto que outros enfatizam que competências e habilidades são conceitos, apesar de similares, diferentes. Isto porque competências são as tarefas directivas ou profissionais enquanto que as habilidades são tarefas técnicas ou operacionais.

A gestão de competências é uma prática que visa aumentar o desempenho global das organizações, através do aumento da qualidade da performance individual dos seus profissionais, daí o seu papel na definição do perfil de competências.

Perrenoud (1997), é de opinião que a competência está ligada a uma prática social complexa, consistindo num conjunto de gestos, de posturas de palavras inscritas nas práticas que lhe dão expressão e continuidade.

Mas a lógica das competências, surgiu com o desenvolvimento de uma metodologia para a construção do modelo de competência de McClelland em 1973, passando a ser o centro das atenções nas empresas, importando as competências como um conjunto de saberes dos trabalhadores, para resolver situações concretas do trabalho.

McClelland agrupou as competências segundo as seguintes particularidades:

Knowledge – são os conhecimentos detidos pelo individuo e que são pertinentes a um domínio;

Skills – São as habilidades que correspondem à demonstração real das competências detidas;

Behaviors – São os conceitos que a pessoa tem sobre si mesma e que se reflectem nas suas atitudes, valores, emoções, acções e reacções perante uma situação;

Traits – referem-se aos traços de personalidade que levam um indivíduo a comportar-se de determinada maneira numa situação específica (iniciativa, perseverança);

Motives – São comportamentos dirigidos a um alvo e que mobiliza as forças interiores que geram as acções e as reacções.

Baseando-se no trabalho de McClelland, Woodruff (1991), classificou as competências em: ***Competências essenciais ou Hard Competencies*** – que se caracterizam pelos conhecimentos e habilidades que uma pessoa precisa ter para ser eficaz no trabalho que desenvolve e que podem ser adquiridas através da formação contínua. São os conhecimentos técnico-científicos.

Competências Diferenciais ou Soft Competencies – que abordam os outros tipos de competências definidas por McClelland. Englobam as características pessoais que habilitam o indivíduo para o desempenho de determinadas funções, como capacidade de liderança, trabalho em equipa, autoconfiança entre outras, tal como referido por Sousa et al (2006).

Boyatzis (citado por Ceitil:2006), distingue as competências em básicas e críticas. As críticas estão associadas a desempenhos superiores de excelência, as competências básicas associam-se às performances médias. Mas para Boyatzis, segundo Ceitil (2006), existem cinco factores que contribuem e condicionam as competências, são eles:

Motivação – Necessidade subjacente ao indivíduo que impulsiona e selecciona o comportamento do indivíduo;

Traço de carácter – Forma do indivíduo se comportar ou responder a uma situação;

Conceito que tem de si próprio – Atitudes e valores; ideia do que faz ou gostaria de fazer;

Conhecimentos – Noções, procedimentos técnicos e experiências pessoais;

Competências comportamentais e cognitivas – Podem ser competências mais visíveis (relacionamento interpessoal e escuta activa), ou menos visíveis (raciocínio dedutivo ou indutivo).

Spencer e Spencer (1993), atribuíram duas dimensões ao conceito de competências, fazendo uma analogia a um iceberg. A dimensão performance ou comportamento manifesto, corresponde à parte visível do iceberg enquanto que a dimensão características individuais corresponde à parte imersa. À parte visível correspondem os conhecimentos aplicados, a perícia e os conhecimentos técnicos revelados. A dimensão escondida é mais difícil de desenvolver uma vez que se reporta às atitudes, valores e motivações das pessoas.

Bekourian (1991), de acordo com Pires (1994), faz uma abordagem sociológica do conceito de competência e define-a numa perspectiva clássica, como sendo um conhecimento aprofundado e reconhecido que confere ao seu titular o direito de julgar ou decidir sobre certas matérias.

A este conceito atribui-se três dimensões:

Dimensão técnica – do conhecimento aprofundado;

Dimensão Social – do conhecimento reconhecido;

Dimensão Política – de poder, ao conferir o poder de julgar, decidir;

Este conceito acrescenta ainda outra dimensão à competência que é a pessoal ou individual, uma vez que reconhece que paralelamente aos saberes e saber fazer, se acentua outro tipo de capacidades, constatando-se como refere Pires (1994) que “ a valorização de saberes profissionais passa pelo reconhecimento de um contributo individual específico – o saber – ser – permitindo pensar a competência em termos de polivalência de transferibilidade” .

McBer citado por Ceitil (2006) e Pires (1994), desenvolveu o conceito de *competências genéricas ou soft skills* e as *competências chave* e *competências de terceira dimensão*.

As genéricas incluem as características do indivíduo que enformam o seu funcionamento eficaz durante a vida e determinam um comportamento. Os comportamentos podem ser observáveis ou latentes, implicam o reconhecimento das capacidades que o indivíduo desenvolve, através das experiências vividas.

McBer identifica onze competências genéricas:

- Espírito de iniciativa
- Perseverança
- Criatividade
- Sentido de organização
- Espírito Crítico
- Auto controlo
- Atitude de liderança
- Persuasão
- Autoconfiança
- Percepção e intercepção nas relações pessoais
- Preocupação e solicitude em relação a outros

Estas competências, segundo Pires (1994), desenvolvem-se a partir de experiências chave do itinerário pessoal e profissional do indivíduo.

A autora refere que as competências *Soft skills, ou fundamentais* incluem: flexibilidade, adaptabilidade, autonomia, responsabilidade, criatividade, iniciativa, abertura a novas ideias, motivação, liderança e as capacidades de trabalho, em grupo, de comunicação, de análise e de aprendizagem.

Neste contexto, desenvolve o conceito de atitude à auto formação, a competência chave da formação contínua que é entendida como a capacidade que uma pessoa tem de fazer um exame crítico e compreender o que se passa no local de trabalho; esta capacidade de julgamento pessoal é o que orienta todas as outras actividades, baseada na compreensão e no conhecimento prático detidos pelos indivíduos. (Pires, 1994:12).

As competências cognitivas e científicas, outrora mais valorizadas que as *soft skill*, no que concerne à sua importância para a qualidade do desempenho, concorrem na actualidade, a par com as competências chave, para o global do desempenho de alta performance.

No que se refere às dimensões de terceira dimensão, as autoras Aubrun e Orofiamma (1990), agruparam-nas em quatro categorias:

1. **Comportamentos profissionais e sociais** – estão ligados a tarefas concretas de um determinado contexto social ou profissional, que se podem estabelecer a partir de formas diferentes da análise do trabalho, da decomposição da acção em micro comportamentos, identificando o ideal, por uma abordagem das funções numa perspectiva da organização qualificante, em que as competências são articuladas com situações de trabalho e é através dos novos contextos de trabalho e dos desafios e projectos propostos numa organização aberta que os comportamentos são enriquecidos;
2. **As Atitudes** – incluem as atitudes relacionais e de comunicação, as de auto imagem, as capacidades de adaptação e de mudança (gestão da incerteza);
3. **Capacidades criativas** – podem ser observadas em três tipos de situações distintas: perante o imprevisto, mobilizando capacidades intelectuais, emocionais, sensoriais, etc. no sentido de uma situação de inovação como norma, tentando sempre ultrapassar-se a si próprio; é como o saber – fazer de uma profissão, principalmente do domínio artístico e cultural, pondo relevo no aspecto criativo através da dimensão pessoal, como o talento da dimensão profissional, como o utilizar técnicas para pôr o talento em prática;

4. As atitudes existenciais ou éticas – valores sociais e culturais, capacidade de análise crítica, capacidade de autoformação e de pesquisa.

Estas competências em termos de saberes, tendo em conta os saberes em que se suportam agrupam-se em cinco categorias: as técnicas, as estratégicas cognitivas, o saber social, o saber-fazer relacional, o conhecimento de si e o reconhecimento de implicação.

Nyhan (1991) citado por Pires (1994) e Dias (2005), no âmbito de estudo realizado pelo EUROTECNET, referiu a competência de auto aprendizagem como essencial, porque faz com que as pessoas tomem consciência da natureza mutável dos conhecimentos e adoptem uma atitude de aprendizagem nas suas experiências quotidianas.

As novas competências profissionais não podem mais ser classificadas pelo ponto de vista técnico, pois deve-se valorizar também o grupo de competências pessoais ou genéricas (soft skills, competências chave ou de terceira dimensão) e de um grupo mais relacional.

Tanto Pires (1994), como Jordão (1997), consideram que as competências genéricas estão intimamente ligadas à empregabilidade, pois são as características do indivíduo que acentuam o seu funcionamento eficaz durante a vida e determinam o seu comportamento numa situação. Uma vez que os comportamentos revelam as características pessoais que contribuem para orientar os desempenhos eficazes ao longo da vida, o desenvolvimento destas competências genéricas (a capacidade de adaptação, flexibilidade, iniciativa, reflexão, autonomia, responsabilidade, comunicação entre outras), poderão constituir um dos principais factores que concorrem para melhorar a qualidade do desempenho inerente à missão profissional.

Para Mitrani et al (1994), a missão profissional é assegurar uma função ou um cargo, desempenhando as actividades inscritas no mandato social da sua carreira, podendo esta definição aplicar-se às organizações de saúde, comunitárias ou hospitalares, onde cada técnico tem de desenvolver um perfil de competências adequado às suas funções.

Tornando-se importante a definição de um perfil de competências em todas as áreas profissionais, porque as competências individuais, como referem Mitrani et al (1994), tem como vantagem considerar as profissões elementos chave das organizações, sendo avaliado o resultado da capitalização que acrescem à função, ou seja, a sua competência., a necessidade em efectuar a descrição de funções torna-se assim preponderante.

Assim, as estratégias a desenvolver pela formação, segundo Jordão (1997) citado por Dias (2005:83), “devem contribuir para ajudar a pessoa a conhecer-se a reconhecer-se e a gerir os seus adquiridos pessoais e profissionais.” .

Ao conceito de competências estão associados vários contextos, dimensões e factores, mas fundamentalmente, tal como refere Le Boterf (1995), competência inclui o saber *mobilizar*, *integrar* e *transferir* conhecimentos e experiências adquiridas ao longo da vida, através da formação e que se manifestam nos contextos de trabalho específico.

No entanto, em contexto organizacional, não se pode dissociar as competências individuais das organizacionais que são construídas “ a partir da história da empresa, da sua cultura, do seu sistema de valores, da combinação de saberes individuais e colectivos, dos métodos de gestão e desenvolvimento das pessoas, das tecnologias existentes e dos activos materiais e financeiros.” (Sousa e al (2006:142). Daí a importância das competências das pessoas nas organizações.

2.2.2.1 – Tipologia de Perfil de Competências

Como forma de sistematizar e hierarquizar os tipos de grupos de competências referenciados na literatura, Dias (2005), propôs uma tipologia de Competências que resume de forma sistemática e com uma correspondência lógica, a área multidimensional da mobilização de competências pelos enfermeiros.

O modelo agrupa todos os saberes que devem ser desenvolvidos ao longo do processo formativo, como referido pela autora.

Este modelo serviu de base para a construção e validação de um inventário de competências desenvolvido pela autora e que levou à definição de um perfil de competências dos enfermeiros com grau de licenciados.

A tipologia de Dias (2005), integra os conceitos dos saberes mobilizados no desenvolvimento das competências, segundo Minet (1995), Reboul (1982) e Pires (1994) e englobem três Dimensões:

- Saber
- Saber – Fazer
- Saber – Ser

Tipologia de competências (Dias; 2005:76):

Saberes

- Competências pessoais ou genéricas;
- Saberes gerais e especializados do âmbito da profissão;

Saber-Fazer

Competências de domínio psicomotor;

Técnicas e procedimentos que caracterizam a profissão;

Saber-Ser

Competências Sócio-Afectivas

Competências Relacionais

Competências Ético-Morais

Este modelo de perfil de competências mais abrangente, permite associar às dimensões do saber, várias competências, propriedades e qualidades de funções e actividades necessárias e imprescindíveis à qualidade de intervenção dos enfermeiros, permitindo a sua adopção como modelo de tipologia e agrupamento de descrição de funções específicas dos enfermeiros nas organizações, exigido tanto pelo processo de acreditação da qualidade, como pela bibliografia consultada sobre gestão de pessoas nas organizações.

As competências chave específicas e transversais das pessoas nas organizações, devem ser descritas porque só após esta definição e conhecimento se pode elaborar indicadores comportamentais que vão servir de linha orientadora para actualização e desenvolvimento de competências.

Fala-se em descrição de funções ao invés de competências, uma vez que as competências dos enfermeiros, estão definidas no mandato social da profissão pela Ordem dos enfermeiros. No entanto, entende-se na óptica dos autores consultados e segundo as políticas de gestão das empresas, ser necessário definir e descrever as funções que as pessoas devem desenvolver em contexto de trabalho. Estas funções pressupõem a mobilização dos conhecimentos chave (saberes) que vão ser traduzidos em competências através da demonstração prática dos saberes (fazer e ser). No sentido de diferenciar estes conceitos, a descrição de funções, tal como interpretada, deve evidenciar de forma sintética e clara quais os comportamentos que se esperam do profissional na organização, dado que a perspectiva

de competências usada é a perspectiva dos comportamentos e acções objectivas, o que nos remete para o conceito de balanço de competências.

2.2.3 - Visão do Balanced Scorecard nas Organizações

Vários são os autores e gestores peremptórios em confirmar a importância e correlação existente entre a eficiência das organizações e a qualidade das competências dos seus recursos humanos, atribuindo-se valor inestimável aos conhecimentos e competências demonstrados pelo capital humano das organizações. Diferenciando-se inclusivamente os conceitos de competências individuais e competências organizacionais e a necessidade em desenvolver estratégias para a retenção e transmissão eficaz dos conhecimentos considerados chave para o sucesso da organização. Mas apesar das pessoas serem consideradas pelos gestores como o activo mais precioso das organizações, na prática constata-se não existir efectivamente vontade em disponibilizar recursos e condições que permitam o desenvolvimento e concorram para a motivação do capital humano da organização, pois os factores económicos e financeiros falam mais alto, uma vez que o investimento em competências não se quantifica.

A este respeito, Bancalero (2006) insiste na importância em demonstrar os investimentos envolvidos na gestão do capital humano, uma vez que uma afirmação sem ser quantificada não passa de uma opinião, tornando-se difícil ser entendido como um investimento importante, na óptica da administração de topo.

O mesmo autor, apresenta dados e exemplos que permitem demonstrar a importância subjacente à quantificação da informação, no que concerne o capital humano e o custo/benefício de uma gestão eficaz e eficiente.

Nomeadamente, um estudo conduzido em 1995 nos Estados Unidos da América, demonstrou que 7% de redução na rotação de empregados contribuiu para um aumento das vendas e de lucratividade por empregado; outro provou que 5% de melhoria na atitude dos empregados originaram 1,3% na satisfação dos clientes e 5% nas vendas; diversos estudos realizados nas décadas de 80, 90 demonstraram que empregados motivados trabalham mais e são mais eficazes, com resultados comparativamente mais elevados ao nível das vendas.

Norton e Kaplan (1992), na década de 90, revolucionaram a área informacional da gestão de recursos humanos, com o modelo de Balanced Scorecard, tal como referem Bancalero (2006), Imaginário (2001) e Ceitil (2006), com o objectivo de eliminar algumas falhas ao

nível dos indicadores de gestão, devido à nova realidade dos mercados, ou seja a competitividade baseada no conhecimento. Os autores perceberam, tal como referido por Bancaleiro (2006) que não era possível retratar o real desempenho da organização exclusivamente através de medidas financeiras, visto a vantagem competitiva se dever essencialmente a recursos organizacionais intangíveis, como: competências, motivação, inovação, relacionamentos e imagem da organização.

Assim, o sistema de medição da performance dos negócios/empresas, o Balanced Scorecard, implica um conjunto integrado de métricas estratégicas, equilibradas e convergentes entre si, que incluem aspectos financeiros e não financeiros.

Este sistema permite uma medição estratégica que incorpora em igualdade de importância, factores críticos de sucesso para a empresa, com a situação concreta, relacionando através de medidas de causa-efeito, os aspectos não financeiros com os resultados financeiros, fornecendo periodicamente uma visão dos aspectos mais importantes que concorrem para a evolução da organização/negócio.

O BSC, permite avaliar o desempenho organizacional em quatro perspectivas diferentes: a financeira, a do cliente, a interna e a do ponto de vista da aprendizagem e crescimento.

O BSC, segundo Bancaleiro (2006:198), “tem por objectivo gerir de modo eficaz o desempenho das organizações, em função de um conjunto de indicadores de desempenho que decorrem da visão e estratégia organizacionais.”

Para Rampersad (2004:30),

O Total Performance Scorecard gera um todo complexo, composto de missão e visão pessoais e organizacionais, papéis-chave, valores essenciais, factores críticos de sucesso, objectivos, indicadores de desempenho, metas e iniciativas de melhoria, além de desencadear o processo contínuo de melhoria, desenvolvimento e aprendizado.

O Balanced Scorecard Organizacional, é composto por cinco elementos essenciais: o Balanced Scorecard Pessoal, o Balanced Scorecard Organizacional, a Gestão da Qualidade Total, a Gestão de Competências e o Ciclo de Aprendizado de Kolb. Este último, segundo Rampersad (2004), é um processo de aprendizagem intuitivo, ou baseado na experiência que juntamente com o processo de aprendizagem consciente ou pela educação, resulta em mudanças de comportamentos individuais e colectivas. O scorecard organizacional, por sua vez é desdobrado em scorecards das unidades de negócio, das equipas e em planos de

desempenho para cada um dos colaboradores, dando-se ênfase ao desenvolvimento e implementação da estratégia.

No entanto, como constatado por Imaginário (2001), através do seu estudo sobre a utilização do balanço de competências, como instrumento para a melhoria da empregabilidade, consagrado no Plano Nacional de Emprego, não existe em Portugal um quadro jurídico normativo e formal que à semelhança do que se verifica em França, se aplique a um dispositivo específico de “balanço de competências”.

O enquadramento do balanço de competências em Portugal, tem duas aplicações, uma mais centrada na identificação, avaliação e reconhecimento de competências e qualificações não formais e informais (de experiência pessoal e profissional) e outra que lhe acrescenta a validação e certificação profissional. Para além disso, o balanço de competências refere-se a indivíduos sem qualificação profissional formalmente reconhecida, havendo sempre articulação entre balanço de competências e formação, (Imaginário, 2001:107).

Assim, a descrição do balanço das competências (descrição das funções atribuídas ou actividades a desenvolver) nas organizações, permite ao profissional conhecer o seu conteúdo funcional dentro da instituição, (decorrente do mandato social da sua profissão, se estiver regulamentado) e ao gestor de recursos humanos traçar objectivos de produtividade com base na qualificação do capital humano da organização. O balanço de competências define a área de intervenção dos colaboradores na instituição, sendo um factor crítico para o desenvolvimento das competências individuais, contribuindo significativamente para o sucesso das organizações e da qualidade do emprego.

Pelo confronto com a complexidade e incerteza das mudanças operadas na envolvente e como forma das organizações manterem a sua competitividade, torna-se imperativo reformular as suas práticas de gestão, munindo-se de indivíduos com capacidades/habilidades e disponibilidade para a aprendizagem ao longo da vida, tendo por principio este sistema de gestão de pessoas.

A visão do Balanced Scorecard está a ser assimilada a pouco e pouco pelas organizações de saúde, nomeadamente as hospitalares. Permite, para além do feedback periódico da evolução em termos de qualidade do desempenho dos serviços e da organização, ou melhor dizendo, em termos de quantificação do resultado alcançado pelo serviço, a fixação de objectivos em cascata, originando maior conhecimento, envolvimento e focalização de todos os níveis da estrutura nos objectivos estratégicos propostos.

Para o Balanced Scorecard, concorrem métricas fundamentais que permitem avaliar a performance da estratégia, nomeadamente: indicadores de clientes, de processos internos, de inovação e aprendizagem e indicadores financeiros. (Bancaleiro: 2006).

Ao nível das instituições de saúde, nomeadamente as hospitalares, a gestão de recursos humanos, tem uma complexidade acrescida. A regulamentação das carreiras da área da saúde, nomeadamente a de enfermagem chama a si, a responsabilidade da formação contínua e como tal a gestão dos recursos humanos da sua área funcional.

Os enfermeiros, dependentes da dinâmica do Gestor de enfermagem (Director de enfermagem) e da cultura e política de gestão da organização, habitualmente, possuem a figura de gestor institucional da formação contínua dos enfermeiros, para além da figura de enfermeiro responsável pela formação em serviço. O coordenador do núcleo de formação em enfermagem, articula com o centro de formação, ou departamento de educação e formação da instituição, inserindo-se estes dois organismos na área da gestão dos recursos humanos que administra a formação.

A segmentação do centro de formação, nem sempre concorre de forma uniforme e estruturada para os objectivos a que se propõe o departamento de formação, por as formas de organização do trabalho e resultados no âmbito da qualidade almejados pelos enfermeiros se encontrar em níveis diferentes de exigência dos outros profissionais de saúde.

A nível dos profissionais de enfermagem, face às especificidades das práticas clínicas, uma vez que as formações em serviço, geralmente, se desenvolvem maioritariamente na área técnica, ou seja do saber fazer, também de uma forma geral, salvo algumas excepções, não existem regulamentos ou uniformidade de critérios de desenvolvimento de competências, orientadas para uma visão estratégica da instituição, mas apenas, voltadas para as necessidades individuais dos enfermeiros, ou dos serviços. Daí a dificuldade em definir o perfil de competências e um balanced scorecard nas organizações hospitalares. Pela dificuldade em integrar os diferentes scorecards (planos de desempenho dos indivíduos, balanced scorecard das equipas e das unidades/serviços), os gestores definem os diversos balanced scorecard com ênfase em objectivos quantitativos a atingir pelas pessoas, equipas ou serviços, tendo subjacente uma política de contenção de custos e recursos, nem sempre congruentes com uma política de desenvolvimento da TQM organizacional. Ou seja, continua a dar-se ênfase às medidas financeiras em detrimento dos recursos organizacionais intangíveis (competências, motivação, inovação, relacionamento e imagem da organização) que segundo Kaplan e Norton (1992), mais vantagens competitivas assumem nas organizações.

3 – FORMAÇÃO NAS ORGANIZAÇÕES

Tendo por enquadramento os processos de mudança, para o paradigma da qualidade, a que as organizações estão sujeitas, os antecedentes históricos da profissão e formação dos enfermeiros, conceptualização de conhecimentos e competências dos indivíduos no contexto geral das organizações, é objectivo deste capítulo, analisar em que medida a formação se insere na lógica de gestão de recursos humanos da organização e qual a importância para os indivíduos.

Efectua-se inicialmente uma abordagem mais geral sobre a dinâmica das organizações, qual a importância das políticas de formação nas organizações e que objectivos procura satisfazer do ponto de vista da organização e dos profissionais.

3.1 – AS ORGANIZAÇÕES E AS PESSOAS

As pessoas passam o seu tempo maioritariamente vivendo ou trabalhando em organizações e “ à medida que as organizações crescem e se multiplicam, maior se torna a complexidade dos recursos necessários à sua sobrevivência e ao seu crescimento.” (Chiavenato;2006:15).

A existência de pessoas nas organizações obriga a uma gestão cabal e integrada dos recursos humanos, sendo a “Administração dos Recursos Humanos”, segundo Chiavenato (2006:15), uma “especialidade que surge com o crescimento das organizações e com a complexidade das tarefas organizacionais.”, tendo o conceito evoluído e alargado as suas dimensões. Durante muito tempo a ARH, reportava-se à Administração de Pessoal. Foi a partir da década de oitenta que a designação de Gestão de Recursos Humanos em detrimento da noção de gestão de pessoal, assume um papel mais estratégico na organização, distanciando-se de um carácter mais administrativo e operativo. (Sousa et al: 2006). As pessoas, como refere Chiavenato (2006:23) “ não são recursos que a organização consome, utiliza e que produzem custos.” Sendo necessário pensar na participação e no papel que as pessoas desempenham dentro das organizações, pois no mundo actual, a produção de bens e serviços não pode ser desenvolvido individualmente por pessoas desintegradas de um conjunto. Para Chiavenato (2006:23):

As Organizações são constituídas por pessoas que dependem delas para atingir os seus objectivos e cumprir as suas missões. Para as pessoas, as organizações constituem um meio pelo qual elas podem

alcançar vários objectivos pessoais, com custo de tempo de esforço e conflito. Muitos desses objectivos pessoais jamais poderiam ser alcançados por meio apenas do esforço pessoal isolado. As organizações surgem exactamente para aproveitar a sinergia dos esforços de vários indivíduos que trabalham em conjunto.

A teoria clássica das organizações não valorizava a interacção entre os indivíduos, assumindo que os indivíduos podiam ser estudados e geridos sem relação com os outros. Mas depois das experiências de Hawthorne, por Elton Mayo em 1927, tornou-se inquestionável a relação das pessoas e do seu estudo nas organizações, como grupos.

De acordo com Rocha (2007:63) “ Um grupo pode definir-se como um conjunto de pessoas que interagem no sentido de conseguir um objectivo comum e que se vêem a si próprias como pertencendo ao grupo, gerando desta forma uma realidade diferente da simples soma dos componentes.” Ou seja, os elementos de um grupo ao partilharem uma finalidade comum, desenvolvem imperativamente valores e um conjunto de normas que estruturam a sua acção colectiva.

Ao nível das organizações hospitalares importa analisar o trabalho desenvolvido pelos grupos quer sejam grupos profissionais, ou temporários, decorrentes do desenvolvimento de projectos de trabalho, assim como, o rendimento do individuo quando integrado em grupos. Segundo Rocha (2007), referindo-se a Zajoni (1965), alguns autores sugerem que a mera presença de outras pessoas é um incentivo ao trabalho por despertar sentimentos competitivos. Por outro lado, pode diminuir o esforço individual quando integrado em grupos porquanto uns tendem a aproveitar o esforço dos outros e a descurar o empenho, assumindo os segundos que os outros se aproveitam do seu trabalho, o que se torna desmotivante. Esta diminuição do rendimento dos indivíduos nos grupos, segundo o autor, acontece quando não estão bem definidos os objectivos e as responsabilidades individuais.

O processo de tomada de decisão do grupo também depende de vários factores. O trabalho em grupo permite decisões mais adequadas aos objectivos, por permitir uma visão mais ampla dependendo das características dos membros, apesar de poder dar lugar a distorções que levam a decisões inapropriadas, por isso existe a percepção dominante, como refere Jesuino (1987) que os grupos tendem a ser conservadores. O conformismo na tomada de decisão do grupo, depende do tamanho deste (quanto maior o grupo, maior a tendência para o conformismo), da capacidade de uns membros influenciarem os outros e da interdependência e obrigatoriedade de passar a escrito as decisões do grupo.

Mas como afirma Rocha (2007:65),

Para se falar em grupos de trabalho, torna-se necessário a identidade em torno de determinados objectivos; que o número de elementos não seja demasiado a fim de permitir a comunicação entre si, mas tão diminuto que as tarefas do grupo não sejam efectuadas; em terceiro lugar, tem que haver um mínimo de organização interna, designadamente critérios de solução de conflitos, um sistema de comunicação e distribuição de papéis; participação de todos os seus membros; compreensão recíproca; apoio e reconhecimento mútuo; trabalho em ambientes em que se aceitem as opiniões dos outros e produtividade.

Quando se pensa no papel dos indivíduos nas organizações, nomeadamente nas hospitalares de administração pública, não nos podemos abstrair da importância dos modelos de liderança, na eficácia e eficiência das organizações.

Liderança, implica segundo vários autores, uma capacidade para motivar e influenciar os outros numa determinada direcção, devendo o líder possuir determinadas características que passam por atributos de cariz pessoal, como seja a personalidade, autoconfiança, capacidade de comunicar e ouvir, estabilidade emocional, entusiasmo, para além das competências técnicas e científicas. (Rocha:2007; Bancalero:2006). Para Mintzberg (1990), o trabalho do líder está vocacionado para o desenvolvimento de relações entre os pares, motivação dos colaboradores, na resolução de conflitos, no estabelecimento de processos comunicacionais eficazes e disseminação da informação e alocação dos recursos.

Mas gerir em saúde, como afirma, Carvalho (2008: 93), tem as suas especificidades, o que torna a função diferente de outra equivalente, “mas isso parece não ser razão para lhe acrescer constrangimentos ou condicionalismos só passíveis de serem cumpridos por eleitos ou escolhidos.” Uma vez que segundo, Carapinheiro (2005) na administração pública portuguesa, sobrevalorizam-se os instrumentos legislativos como estratégia de mudança, tentando adequar a realidade às leis desenvolvidas, mas sem apresentar instrumentos de monitorização da sua eficácia e como resultado nunca se atingem os objectivos.

Por outro lado, nas organizações hospitalares, ainda existe uma cultura de gestão assente no saber do médico, considerando que ao ser conhecedor do que é melhor para o serviço é sinónimo de ser líder na total assumpção da palavra, não lhe atribuindo a necessidade de comprometimento com a visão estratégica da organização, saber envolver, comprometer e co-responsabilizar toda a estrutura e unidade que gere (Carvalho:2008). O mesmo se passa com as chefias intermédias, nomeadamente os enfermeiros, em que segundo o mesmo autor (2008:95) deve ser reconhecido “às suas lideranças intermédias a capacidade única de gestão nuclear nas respectivas unidades estratégicas, começando por lhes fornecer os meios e

ferramentas fundamentais para liderar, de forma autónoma e profissional, o respectivo plano estratégico de desenvolvimento.” Torna-se assim evidente face às mudanças actuais de paradigma da gestão das organizações de saúde, a importância da maximização do crescimento global através de uma delegação participativa do poder de gestão. O que implica, nomeadamente na administração dos recursos humanos da administração pública, segundo Rocha (2007:75) “o abandono duma liderança autoritária e a sua substituição por um modelo democrático, já que qualquer mudança supõe o comprometimento e a participação dos trabalhadores. Acresce que a nova orientação implica uma atenção aos cidadãos, considerados consumidores dos serviços públicos.” Para implementar estas mudanças é necessário perceber a cultura e complexidade das organizações de saúde.

3.2 - AS ORGANIZAÇÕES

As organizações são uma construção social complexa, não natural e que agrupa um número determinado de pessoas que apesar de interdependentes trabalham em conjunto para atingir um fim comum (Petit & Dubois:1998). De igual modo Chiavenato (2006:25) segundo o conceito de Barnard (1971), define as organizações como “um sistema de actividades conscientemente coordenadas de duas ou mais pessoas.” Constatando-se que para existir uma organização é necessário que as pessoas tenham a capacidade de comunicar entre si, devendo contribuir com acção para um fim e objectivo comum. Mas o determinante para o sucesso da organização, segundo Chiavenato (2006:25), é “a disposição de contribuir com acção” sobretudo a “disposição para sacrificar o controle da própria conduta em benefício da coordenação.”

Independentemente da multiplicidade de organizações, incluindo as hospitalares, e não existindo elas sem pessoas, é indubitável a influência que as organizações exercem sobre a vida das pessoas e estas sobre as organizações. Pois, se por um lado as organizações influenciam a forma de vida das pessoas, o que compram, vestem, se alimentam, as suas expectativas e convicções também é verdade que as organizações são influenciadas pela maneira de pensar, sentir e agir das pessoas. (Chiavenato:2006).

Para o autor, as organizações são extremamente complexas no sentido em que são constituídas por actividades humanas em diversos níveis de análise, com personalidades, pequenos grupos, normas, valores e atitudes coexistindo sob um padrão multidimensional complexo. Chiavenato, interpreta as organizações num sentido mais amplo de unidades

sociais intencionalmente construídas e reconstruídas, para atingirem um mesmo fim, associando-lhe a ideia de mudança e inovação, significando por sua vez que as organizações estão constantemente em crescimento e reestruturação, na medida em que quando um objectivo é atingido, novos são delineados, obrigando à redefinição da organização e dos meios disponíveis para os atingir. Segundo Chiavenato (2006:26), o crescimento das organizações leva ao acréscimo de níveis hierárquicos que concorrem para “um gradativo distanciamento entre as pessoas e seus objectivos pessoais – e a cúpula da organização – e seus objectivos organizacionais. Quase sempre esse distanciamento conduz ao conflito entre os objectivos individuais dos participantes e os objectivos organizacionais da cúpula.”

Isto porque as organizações procuram satisfazer as suas necessidades de capital, lucro, tecnologia, equipamentos ou potencial humano especializado (entre outros) e as pessoas procuram satisfazer as suas necessidades pessoais, como salários, lazer, oportunidades de ascender na carreira, ou sistemas de regalias e segurança.

As empresas, tal como os indivíduos têm uma personalidade própria e os traços dessa personalidade organizacional, podem ser utilizados para prever as atitudes e comportamentos das pessoas nas organizações. O que traduz a cultura organizacional que consiste, segundo Câmara et al (1999:151) “Num conjunto de crenças, princípios e actuações assentes em valores que são partilhados pelos seus membros e que distinguem aquela Empresa das demais. Portanto, por um conjunto de características-chave, valorizadas pela organização.” A cultura organizacional segundo a perspectiva de Robins, tal como referem Câmara et al (1999), representa uma percepção comum de valores e ideias claras, sobre quais os comportamentos aceitáveis e inaceitáveis, partilhada pelos membros da organização, mesmo com posições hierárquicas e funções diferenciadas.

Fundamentalmente, de acordo com Barnard, segundo Chiavenato (2006), a complexidade da interacção entre os indivíduos e as organizações pode ser analisada à luz da distinção entre eficácia e a eficiência dos resultados da interacção. Assim, os indivíduos nas organizações devem ser eficazes – contribuem para os objectivos da organização; e eficientes – satisfazem as suas necessidades individuais participando na concretização dos objectivos organizacionais.

3.3 – GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS NAS ORGANIZAÇÕES

A sociedade moderna é uma sociedade de organizações (Bouding:1968; citado por Chiavenato:2006) que vão sofrendo inúmeras transformações diárias, devido a factores como a inovação das tecnologias, clientes mais exigentes e esclarecidos. A necessidade em diversificar, melhorar ou mudar o produto ou serviços, ou apenas reestruturar processos no sentido de gerar a mudança de atitudes e comportamentos das pessoas, ocorrem na actualidade em todas as organizações, inclusivé as hospitalares. Ao longo do século XX, segundo o mesmo autor (2006:28) “as organizações passaram por três fases distintas: a era da industrialização clássica, a de industrialização neoclássica e a era da informação.” A era da informação, na qual nos encontramos, provocou a globalização da economia e intensificou a competitividade entre as organizações. Pelas mudanças contínuas e aceleradas, os processos organizacionais, tornaram-se mais importantes que os órgãos que constituem as organizações. Isto porque se tornaram provisórios e não definitivos, assim como os cargos e as funções que estão constantemente a ser redefinidos (Chiavenato:2006). A organização do futuro como revela o autor, vai funcionar sem limites de tempo, espaço ou distância, por força das tecnologias da informação e comunicação. O objectivo é trabalhar melhor, de maneira mais inteligente e mais próxima do cliente dando-se maior relevância ao conhecimento em detrimento do capital financeiro (Chiavenato, Bancaleiro, Ceitil, Zorrinho entre outros). Para Chiavenato (2006:30) é assumido que “as pessoas – e seus conhecimentos e habilidades mentais, passaram a ser a principal base da nova organização. A antiga administração de Recursos Humanos cedeu lugar a uma nova abordagem: a gestão de pessoas.”

Torna-se claro que o capital humano de uma organização é fundamental para o sucesso das organizações. As mudanças passaram a ser rápidas e constantes, por vezes sem continuidade com o passado, causando um ambiente de turbulência e de imprevisibilidade, pelo que os conhecimentos, habilidades, personalidades, aspirações e percepções das pessoas nas organizações, são um factor fundamental de sucesso e de sobrevivência das organizações. As organizações de hoje, como referem Sousa et al (2006:8), “possuem uma visão mais abrangente do papel das pessoas. Estas deixaram de ser vistas como simples recursos com determinadas competências para executar tarefas e para alcançar os objectivos da organização, para passarem a ser consideradas pessoas na verdadeira acepção da palavra: com valores, crenças, atitudes, aspirações, e objectivos individuais.”

Por isso, o modo como a organização motiva e estimula os seus recursos humanos, fornecendo um sistema de recompensas com oportunidades que permitam satisfazer as suas necessidades, é determinante para o comportamento dos indivíduos nas organizações e factor condicionante do seu desempenho e das performances das organizações.

Neste sentido, a gestão de recursos humanos assume, cada vez maior importância no desenvolvimento de uma cultura de melhoria contínua da qualidade das organizações, pela aprendizagem e inovação constante que promove. As mudanças que ocorrem ao nível interno e externo das organizações, provocam alterações significativas nas estruturas organizacionais, nas relações de poder e nas práticas de organização do trabalho. (Sousa et al:2006; Chiavenato:2006).

Na actualidade, a modernização dos recursos humanos, pretende que as pessoas (a qualquer nível da organização) sejam administradores, contribuam para o alcance dos objectivos organizacionais e não actuem meramente como executantes de tarefas. Isto porque “Além de executar as tarefas, cada pessoa deve consciencializar-se de que ela deve ser o elemento de diagnóstico e de solução dos problemas para obter uma melhoria contínua do seu trabalho dentro da organização”. (Chiavenato;2006:97,98).

Torna-se evidente que o comportamento das pessoas nas organizações, como conduta pessoal que é, determina a forma como as pessoas actuam no quotidiano. Ora o comportamento humano depende de factores externos, como o ambiente envolvente decorrente das características da própria organização, da cultura, estrutura, políticas e sistemas de recompensas e de factores internos como a personalidade, processos cognitivos, de aprendizagem, motivação, percepções etc.

Portanto a gestão de recursos humanos, deve ter em consideração que todos estes factores, nomeadamente os sistemas de comunicação e informação, cultura, clima organizacional e sistemas de recompensas, condicionam e influenciam o desempenho e produtividade das pessoas e concomitantemente das organizações.

Ainda neste contexto, Sousa et al (2006), salientam que as práticas de gestão das pessoas podem ajudar as organizações:

- A melhorar a sua capacidade para atrair e manter as pessoas com as competências (técnicas e comportamentais) que mais se adequam ao crescimento e objectivos da organização, através de processos de recrutamento e selecção mais adequados e de um sistema de recompensas e de desenvolvimento de competências aliciantes;

- Estimular comportamentos alinhados com os objectivos estratégicos de longo prazo da organização, através de desenvolvimento de competências e plano de pessoal que permita evolução de carreira;
- Adoptar sistemas de recompensas de remuneração, associados ao desenvolvimento de competências individuais, das performances das equipas e da organização como um todo.

Mas tal como argumentam os autores, as organizações encontram-se em níveis diferentes de desenvolvimento da gestão de recursos humanos, apesar de se observarem notórios investimentos nesta área, existem organizações em que o seu estado de desenvolvimento nesta área é significativamente limitado, nomeadamente as de saúde, face aos orçamentos limitados e os objectivos anuais contractualizados, com a tutela incluírem “Custo Zero” em pessoal.

Para além disso, nas organizações de saúde públicas, ainda se assiste a uma tendência evolutiva da gestão de recursos humanos recente e algo híbrida. É a partir da década de oitenta que surge a transição da designação de Gestão de Recursos Humanos em detrimento da noção de Gestão de Pessoal. A Gestão de Recursos Humanos assume um papel mais global e estratégico na organização enquanto que a gestão de pessoal possuía um papel mais meramente administrativo e operativo. (Sousa et al:2006; Rocha:2007)

Apesar da evolução do conceito e do papel actual da Administração de Recursos Humanos nas organizações de saúde, pela complexidade das próprias organizações, devido aos serviços que presta, multidisciplinaridade das equipas e diversidade das hierarquias funcionais e profissionais, a gestão dos recursos humanos ainda está numa fase embrionária e tal como referem os autores, apenas se realiza uma gestão administrativa dos recursos humanos.

O modelo contingencial surgido na década de noventa, demonstrou que a estratégia económica está dependente e correlacionada com a gestão de recursos humanos e que esta pode ser moldada à estratégia, mas para isso pode ser necessário, como referem Sousa et al (2006), proceder-se previamente a mudanças das estruturas, cultura ou práticas da Gestão de Recursos Humanos.

Assim, constata-se que os modelos de gestão de recursos humanos assentam num processo evolutivo gradual nas empresas em geral e significativamente mais notório nas organizações de saúde.

3.3.1 – Tipologia de Gestão de Recursos Humanos

Analizando o processo evolutivo da gestão de pessoas nas organizações, verifica-se a existência de três linhas de orientação estratégica de gestão de recursos humanos essenciais:

- *Gestão Administrativa de Recursos Humanos* – Não existe departamento de recursos humanos, nem ninguém responsável por esta área, sendo a função atribuída a colaboradores da área administrativa;
- *Gestão Funcional de Recursos Humanos* – Existe departamento/pessoa responsável pela função que centraliza as práticas de RH; não existe no entanto, preocupação de articulação da prática de recursos humanos com a visão estratégica da organização;
- *Gestão de Pessoas por Processos*. (Sousa et al:2006).

Também segundo Rocha (2007), a história da evolução da gestão de recursos humanos em Portugal é muito singular, pois a primeira reforma da função pública remonta a 1935 (Decreto nº 26115, de 23 de Novembro de 1935) através da realização de um diagnóstico da situação da altura. Em 1969, realizou-se a primeira revisão do Decreto de 1935, evidenciando a necessidade em aumentar a tecnicidade da administração pública em detrimento do modelo burocrático. Em 1979, com as reivindicações no pós 25 Abril, surgem algumas reclassificações e correcções de anomalias na gestão das carreiras da função pública, tanto em 1978 como no pacote legislativo de 1979, constituído por seis diplomas. O Decreto-Lei n.º 191-C/79, de 25 de Junho veio regulamentar o diploma das carreiras.

O Decreto-Lei nº 248/85 de 15 Junho, promove reestruturações das carreiras com base na análise e qualificação de funções. É neste período que através do Decreto-lei n.º 480/88 de 23 Dezembro que o ensino de enfermagem é inserido no Sistema Educativo nacional a nível do ensino superior politécnico. O Decreto-Lei prevê ainda a criação de cursos especializados de enfermagem nas escolas superiores de enfermagem.

No período até 1996, nunca se considerou determinante o envolvimento dos funcionários nos processos de reforma, pois a atenção centrava-se nos clientes dos serviços. De 1986 a 1995, os diplomas sobre a gestão de recursos humanos, estabeleceram o regime jurídico do recrutamento de selecção de pessoal da função pública, a estruturação das carreiras, o regime de férias, faltas e licenças, duração do trabalho, sistema retributivo, estatuto do pessoal dirigente, lei dos disponíveis, princípios gerais relativos à higiene e segurança no trabalho e formação profissional, através do Decreto-Lei n.º 9/94 de 13 Janeiro.

O período entre 1996-2001 caracteriza-se, segundo Rocha (2007), pela atenção dada à gestão de recursos humanos, originando-se novos regimes jurídicos, nomeadamente o

Decreto-lei n.º 50/98, de 11 de Março, sobre a formação profissional. A reforma administrativa no período 2002-2006, objectivou o desenvolvimento de uma política para salvar as finanças públicas, levando à diminuição de funcionários públicos de forma a tornar o Estado “menor e melhor” (Rocha:2007). Alguns destes diplomas retiraram direitos já adquiridos dos trabalhadores da função pública, o que perturbou sobremaneira a motivação e descontentamento dos trabalhadores, originando imprevisibilidade e caos nos rápidos processos de mudança ocorridos nas organizações de saúde.

Para dar resposta aos processos de mudança ocorridos de forma repentina nas organizações, devido às alterações legislativas e à nova economia dos mercados e globalização das sociedades, as pessoas e as políticas de gestão das pessoas tiveram de se adequar às novas exigências de mercado, dos cidadãos e da sociedade em geral, surgindo a *Gestão das Pessoas*, numa abordagem integrada na estratégia global de gestão da empresa, através de uma lógica de processos onde se inclui:

- O Recrutamento e selecção;
- A Formação;
- A Avaliação de desempenho;
- O Sistema de recompensas;
- O Desenvolvimento de competências.

Modelo de Gestão de Recursos Humanos

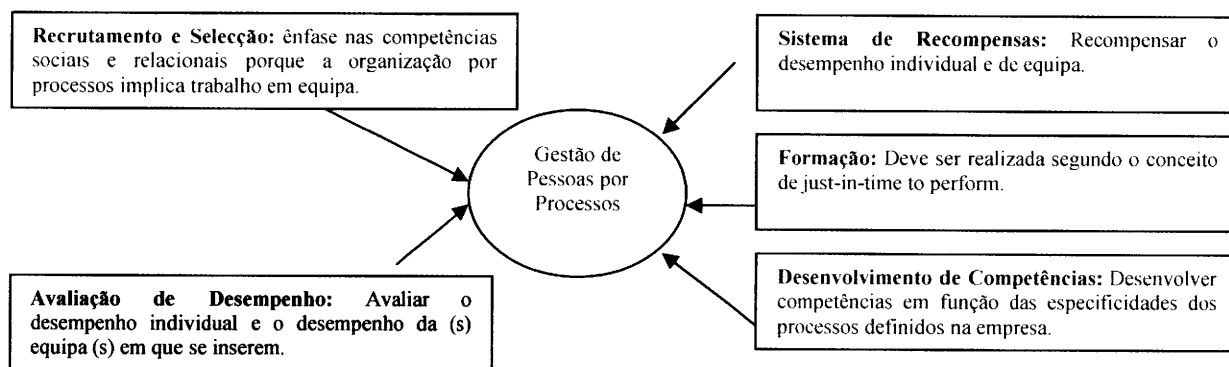


Figura 2 – Integração da Gestão de Recursos Humanos com a Estratégia da Empresa (Fonte: Adaptado de Ostroff e Douglas (1992) por Sousa et al:2006)

O objectivo da gestão de pessoas por processos, é contribuir para o crescimento e resultado da empresa, através do desenvolvimento do potencial técnico e relacional das pessoas, concorrendo todas para um objectivo comum:

Processo de Gestão de Pessoas		
Gestão de Pessoas	Recrutamento	Efectividade do recrutamento Eficácia do acolhimento
	Desenvolvimento de competências	Eficácia da formação
	Satisfação e motivação	Indicadores de motivação
	Potencial de desempenho	Resultados da avaliação de desempenho

Modelo de Processo de Desenvolvimento de Competências

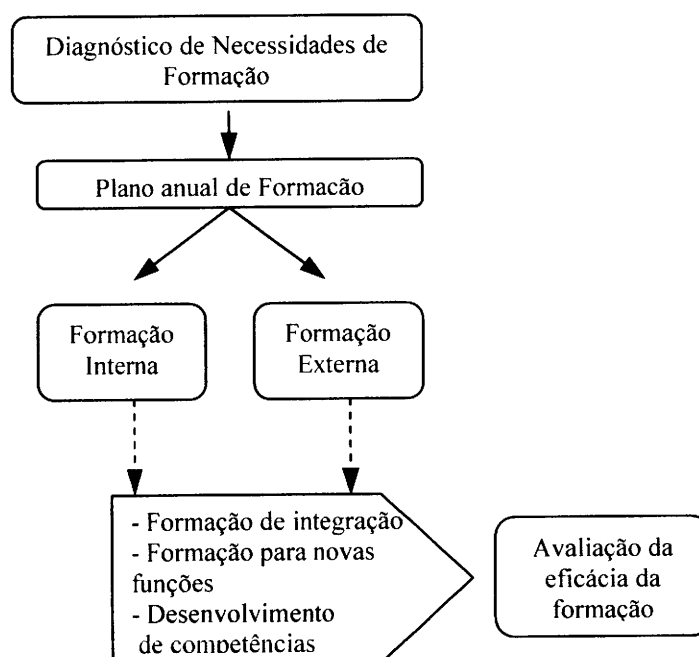


Figura 3 – Exemplo de um Processo de Desenvolvimento de Competências (Fonte: Sousa et al:2006)

Neste modelo de gestão de pessoas, o foco está centralizado nas competências das pessoas, uma vez que engloba:

- A atracção e retenção de pessoas com elevadas competências porque são as pessoas que detém o conhecimento tácito e dominam o explícito;
- O recrutamento e selecção das pessoas baseiam-se na definição dos perfis de competências, definidos pela descrição de funções;

- A adequação do sistema de avaliação, reconhecimento e recompensas com base no critério de competências técnicas e sociais definidas.

Esta gestão de pessoas implica a existência de um departamento/responsável de recursos humanos que promova o desenvolvimento das pessoas porque é fundamental para a estratégia da organização.

Conhecendo a tipologia da Gestão de Recursos Humanos, torna-se mais fácil determinar a praticada na organização e implementar mudanças nos processos, de forma a promover e desenvolver o processo de gestão de pessoas mais adequado à estratégia de desenvolvimento da organização.

A organização hospitalar de estudo administra os recursos humanos, através do modelo de gestão por processos que se caracteriza por:

Gestão de Pessoas por Processos

- A empresa está certificada ou em fase de certificação em qualidade, incluindo a gestão de pessoas no processo;
- Existe um departamento de Recursos Humanos;
- O responsável pelas actividades de recursos humanos é um Director de Recursos Humanos, ou uma Chefia intermédia de recursos humanos;
- Verifica-se uma externalização de actividades de recursos Humanos menos estratégicas.
- Existe um sistema de informação dos recursos humanos.
- Existe um planeamento das necessidades de recrutamento.
- Existe um sistema de acolhimento de novos colaboradores formalizado.
- O departamento de recursos humanos participa directamente no acolhimento de um novo colaborador.

(Fonte: Duarte et al;2006:24)

Verifica-se nesta tipologia, uma centralização na gestão de competências, desenvolvimento dos conhecimentos, competências e qualificações pela formação contínua e avaliação da eficácia da formação no desempenho dos colaboradores e nos resultados da empresa.

A análise e descrição de funções, torna-se fundamental e imprescindível para a gestão por processos dos recursos humanos, pois permite:

- A descrição das principais actividades – o quê, porquê e como é que o trabalho é realizado (atribuições, métodos e objectivos);
- Identifica as principais tarefas de uma função;
- Descreve as competências necessárias para desempenhar as actividades;
- Fornece a importância relativa dos componentes da função.

Sem este sistema, as organizações, deparam-se com a ambiguidade de papéis, problemas comunicacionais na equipa e indefinição nos objectivos dos colaboradores. (Rocha:2007)

A análise e descrição de funções como estratégia de desenvolvimento e de gestão de pessoas nas organizações, permite:

- Fornecer informação para o recrutamento;
- Determinar o perfil do candidato e apoiar a elaboração dos testes de selecção;
- Fornecer informação aos programas de formação;
- Fornecer informação para a qualificação de funções, onde se determina a posição (valor) relativa de cada função;
- Orientar a chefia na relação com os colaboradores e servir de guia;
- Fornecer dados à Higiene e Segurança no Trabalho;
- Gerar informação para avaliação de desempenho.

Para além disso, a análise e descrição de funções permite à gestão, comunicar as orientações estratégicas da organização e onde se inserem os colaboradores na globalidade da organização, para além de estar associado ao plano estratégico da organização e desenvolvimento do plano de pessoal.

Decorrente dos objectivos da análise e descrição de funções, destaca-se também o papel da formação no desenvolvimento de competências, não esquecendo a sua importância no processo de acolhimento e integração de novos elementos, assim como, do sistema de recompensas onde se insere a motivação dos colaboradores, através da satisfação das suas necessidades. (Chiavenato (2006); Duarte et al (2006); Rocha (2007).

Também para Bancaleiro (2006:63), a gestão de pessoas implica uma adequação em termos de desenvolvimento de competência, do planeamento da formação, às características da mesma. Assim, uma estrutura organizacional com um grupo social de trabalhadores jovens requer habitualmente, um esforço redobrado em termos de recrutamento, integração (especialmente na cultura da empresa) e desenvolvimento de competências.” Isto porque existe um baixo sentimento de pertença e identificação com a organização em termos culturais, o que implica, tal como referido pelo autor, um plano de acolhimento e integração à instituição capaz de dinamizar e mobilizar atitudes, comportamentos, conhecimento e habilidades consentâneas com as competências exigidas e necessárias à estratégia de desenvolvimento e crescimento da organização. Também para Sousa et al (2006), o papel da formação comportamental no acto de acolhimento “ (...) é essencial para que o candidato possua uma ideia clara sobre os valores fundamentais da organização.” Assim, a metodologia de gestão de recursos humanos, deve não só ser adequada à estratégia que contribui para a missão da organização, mas deve adequar o seu plano formativo às características dos seus colaboradores, tendo em vista a eficácia e eficiência dos mesmos para a organização.

3.3.2 – Factores de Motivação das Pessoas nas Organizações

A motivação, como problemática da gestão de recursos humanos, é um fenómeno complexo que resulta de factores individuais, variáveis situacionais e de interacção entre indivíduos. De acordo com estudos recentes, segundo Rocha (2007) citando Houston (2000), os funcionários públicos sentem-se menos motivados por incentivos financeiros que os do sector privado, sentindo-se mais atraídos por participar nas decisões políticas, envolvimento em interesses públicos, filantropia ou mesmo auto-sacrifício. Quanto à segurança no emprego, existem estudos divergentes sobre o assunto. No entanto, segundo Rocha (2007), quando os resultados esperados pela organização não são atingidos, os motivos relacionam-se invariavelmente com a desadequação das qualificações dos trabalhadores, trabalho demasiado rotineiro, baixo salário, falta de reconhecimento por parte das chefias pelo trabalho desenvolvido. Passando a solução, por uma aposta na formação e motivação das pessoas dentro das organizações (Rocha:2007; Chiavenato:2006).

O regime de recompensas nas organizações de saúde públicas com uma moderna gestão dos Recursos Humanos, está orientado para a existência de um equilíbrio entre a satisfação dos objectivos pessoais dos colaboradores e a prossecução dos objectivos estratégicos das organizacionais.

O reconhecimento, é uma componente fortemente motivadora a nível individual, mas a realização profissional é igualmente um factor de motivação importante porque intensifica a vontade de atingir novos resultados, aumentando a realização pessoal.

Percebe-se assim que a motivação das pessoas para o trabalho está intimamente relacionado com o sistema de recompensas.

A motivação das pessoas é explicada pela teoria da satisfação de necessidades de Maslow (1954). Para este autor as necessidades sentidas pelo Homem são factor de motivação, ou seja, são a razão para a acção e tem as seguintes características:

- São indispensáveis à vida humana;
- Têm uma origem não apenas psicológica e instintiva, mas também cultural e social.

Para Maslow (1954), os indivíduos são motivados pela vontade de satisfazerem cinco tipos de necessidades hierarquizadas, sequenciais e com precedência (Sousa et al:2006; Rocha:2007), são elas das inferiores para as superiores:

- Necessidades Fisiológicas: alimento, abrigo, repouso etc;
- Necessidades de Segurança: protecção contra os perigos ou privação;

- Necessidades Sociais ou de pertença: ser aceite numa comunidade humana, família, meio profissional ou outra;
- Necessidades de Estima e Auto reconhecimento: ser reconhecido, ter uma competência, ser apreciado;
- Necessidades de realização pessoal: Auto actualização, poder exercer a sua própria criatividade, tanto a nível artístico, intelectual, técnico, etc.

As necessidades não satisfeitas influenciam o comportamento dos indivíduos, dirigindo-o para os objectivos. Ao longo da vida as necessidades que se almejam ver satisfeitas vão sendo diferentes. Só depois das necessidades inferiores estarem satisfeitas é que as superiores se manifestam. Nem todos os indivíduos chegam aos topos superiores. Para além disso, relacionando a pirâmide de necessidades com o sistema de recompensas, constata-se que as necessidades fisiológicas são satisfeitas através do salário e subsídios complementares. As necessidades de protecção, são satisfeitas não só pela componente salarial, mas também, por exemplo através de recompensas como seguros de saúde. As sociais ou de pertença com recompensas como: incentivos individuais ou de equipa pelo desempenho (como acontece em algumas organizações hospitalares), viatura ou mesmo cartão de crédito da empresa. As necessidades de estima e auto reconhecimento, através da participação em eventos em representação da instituição, ou promovidos pela própria instituição. O último nível de realização pessoal, inclui recompensas como ascensão na carreira (Rocha:2007).

Para os autores Sousa et al (2007:101) “ A satisfação dos diversos níveis de necessidades é assumida como um processo motivacional, individual e subjectivamente construído. Isto significa que cada pessoa valoriza mais esta ou aquela forma de colmatar a necessidade a satisfazer.”

Herzberg (1968), baseado na teoria das necessidades de Maslow, avançou com a teoria dos dois factores: os factores higiénicos só afectam a motivação quando ausentes enquanto os factores motivadores levam à satisfação no trabalho (Ortsman:1978;Rocha:2007). Assim, os factores que levam à satisfação do trabalho são diferentes dos que levam ao descontentamento com o trabalho (Sousa et al: 2007). Herzberg (1968), definiu como factores de satisfação do trabalho aspectos de realização, reconhecimento, responsabilidade, progresso e crescimento e propôs como forma de motivação dos trabalhadores, factores como o enriquecimento individual das tarefas, demonstrando que os indivíduos podem interessar-se pelo trabalho que executam, dando-lhe maior autoridade, através de maior liberdade e autonomia para realizar o seu trabalho, aumentando a iniciativa do trabalhador,

dando feedback periódico sobre o trabalho realizado, suprimindo alguns controlos, introduzindo novas tarefas, novos desafios e mais difíceis, suprimindo controlos, entre outros factores (Orstman:1978; Sousa: 2007; Rocha: 2007).

Segundo os mesmos autores, a teoria de McLelland (1961), acrescenta um novo elemento ao processo de motivação das pessoas, ao referir que algumas pessoas tem uma forte necessidade de realização enquanto que a maioria nem por isso. Os indivíduos que se motivam para a realização no trabalho através do delineamento de objectivos (mais ou menos difíceis) estão voltados para os resultados das tarefas que desenvolvem. Estas pessoas parecem mais preocupados com a realização pessoal que com recompensas associadas ao cumprimento de objectivos, não as rejeitam, mas não são a sua prioridade.

Outras teorias, como a de Vroom (1964), parte dos pressupostos que um indivíduo pode querer aumentar a sua produtividade por três motivações:

- Objectivos Individuais: dinheiro, segurança, status, aprovação, trabalho interessante, etc;
- Percepção de relação entre o aumento da produtividade e o alcance dos seus objectivos individuais;
- Capacidade do indivíduo influenciar o seu nível de produtividade. Se acreditar que o aumento do esforço não trará recompensas, não sentirá necessidade em se esforçar. O modelo de motivação de Vroom, baseia-se em objectivos intermédios – os meios conduzem a um fim. A motivação para este autor é um processo que comanda as escolhas entre comportamentos alternativos (Sousa et al: 2007; Rocha: 2007).

Ainda de acordo com Robins, para que o esforço resulte num bom desempenho, é necessário que o individuo tenha consciência da capacidade que é necessária para atingir os objectivos e que percepcione que um bom desempenho individual corresponde a uma recompensa, o que produz um reforço no estímulo do individuo. Este autor, citado por Sousa et al (2007: 106) considera ainda que “ a motivação das pessoas passa também pelo sentimento de justiça (teoria da equidade), pois constantemente comparam as recompensas atribuídas aos outros e analisam se as que receberam corresponderam ao esforço dispendido.”

Constata-se, assim, a importância da análise dos processos motivacionais que influenciam os indivíduos nas organizações e a necessidade em definir estratégias de gestão de recursos humanos que envolvam um sistema de recompensas cabal, passível de mobilizar os desempenhos a altas performances, resultando num aumento da produtividade, com ganhos para a organização, clientes internos e externos.

3.4 - FORMAÇÃO CONTÍNUA E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NAS ORGANIZAÇÕES

As modificações que tem ocorrido no contexto político, económico e de gestão das organizações de saúde, influenciaram o significado e as práticas inerentes à adequação do desenvolvimento de qualificações dos profissionais através do planeamento da formação, nas organizações hospitalares. Os planos de formação institucionais, na actualidade, devem ser desenvolvidos numa perspectiva de desenvolvimento de competências, orientando as aprendizagens para as exigências da definição dos postos de trabalho e da qualificação dos profissionais necessária à melhoria contínua dos resultados da organização. Para além disso, deve ser encarada numa perspectiva de evolução das carreiras, apesar das políticas de contenção e de racionalização dos recursos. Porque tal como referido por Canário (1997:125), “Esta perspectiva de racionalização técnica concretiza-se em regra, pela organização de um conjunto de acções pontuais de formação, dirigidas a capacitação individual, sem a unidade e coerência que só uma visão estratégica lhe poderia dar”. O que impossibilita o desenvolvimento de um plano de melhoria contínua de competências efectivo dos profissionais baseado numa estratégia organizacional integrada. Visto que como referido por Bancalero (2006:79) “ Neste enquadramento, formação é vista numa perspectiva de transmissão de informação mais individualizada, operacional e reactiva. Desenvolvimento de competências tem um âmbito mais grupal, estratégico e proactivo.”

Considerando o papel das pessoas nas organizações e o papel da administração dos recursos humanos como estratégia de motivação e de desenvolvimento de competências das pessoas nas organizações, é possível antever a importância associada aos objectivos da formação como metodologia ou processo de desenvolvimento de competências individuais e organizacionais.

Schein (1978), refere que as organizações e os indivíduos são indissociáveis, uma vez que as organizações dependem dos indivíduos para crescer, inovar e produzir e os profissionais necessitam que as organizações lhes proporcionem oportunidades de carreira e empregabilidade.

Por isso, as organizações necessitam desenvolver e possuir políticas de recrutamento, acolhimento/integração e formação de pessoal, de forma a conseguirem atingir eficiência, sobreviver e crescer.

Para Peretti (1997:363), “ a formação responde, simultaneamente, aos desejos dos colaboradores e às necessidades da empresa e contribui em alto grau para a obtenção dos seus objectivos: satisfação profissional e performance económica.”

Na perspectiva de Rocha (2007), a formação nas organizações deve estar relacionada com as formas de organizar o trabalho. O mesmo autor, refere-se a dois modelos de organização do trabalho através da formação: o modelo industrial caracterizado pela mecanização e divisão do trabalho que não se adequa na totalidade à realidade das organizações hospitalares e o modelo terciário cujas características fundamentais é a polivalência e a flexibilidade. Este último modelo acentua o desenvolvimento de competências e do desenvolvimento pessoal. Os novos modelos de formação, nomeadamente das organizações hospitalares, assentam numa filosofia de desenvolvimento de competências genéricas, mais do que desenvolver conhecimentos e competências especializados. Os conhecimentos genéricos passam por desenvolver “a capacidade de absorver novos conhecimentos, a flexibilidade, a autonomia, a liderança, a capacidade para trabalhar em equipa, a rapidez de abordar e resolver problemas e a capacidade de comunicar”. (Rocha; 2007:147)

Esta aquisição de competências desenvolve-se através da formação contínua. Assim, ao desenvolver-se a política de formação da organização, há que ter em conta o duplo objectivo da mesma: permitir a determinação e inclusão de alterações que permitam assegurar o desenvolvimento da organização e por outro lado possibilitar que os recursos humanos se adaptem às mudanças estruturais constantes e modificações das condições de trabalho quer consequentes da inovação científica e tecnológica, como dos processos de melhoria contínua da organização, como é o caso dos processos de acreditação de qualidade.

Em estudos realizados na área da saúde em 1978, segundo a OMS, no sentido de perceber quais os factores que levam os profissionais a frequentar acções de formação contínua, constatou-se estarem relacionados com:

- A Auto-motivação;
- Os contactos com colegas da profissão;
- O prestígio profissional;
- A remuneração

De acordo com Botelho (1993), baseando-se em vários autores, as razões que movem os indivíduos a procurar melhorar as competências, através da formação contínua prendem-se com:

- O desejo de promoção profissional e social;
- O espírito de competição;

- O desejo de melhor compreender o mundo;
- A busca de uma actividade lúdica;
- O desenvolvimento pessoal.

Entendendo-se que os factores para a frequência da formação contínua são diversos e complexos dependendo do ponto de vista, motivações e projecto de vida individual e profissional dos profissionais.

Já o planeamento das acções de formação nas organizações, visa satisfazer os objectivos estratégicos que passam por:

- Dar uma competência profissional aos que a não têm, ou desenvolver a do pessoal qualificado e da hierarquia;
- Reactualizar o conhecimento técnico que visa manter o potencial dos trabalhadores;
- Informar o capital humano sobre a empresa, o seu funcionamento e os seus produtos, numa perspectiva de integração e melhoria das comunicações;
- Possibilitar uma formação cultural mais ampla para os que não puderam beneficiar da totalidade do ensino oficial;
- Melhorar o clima social, dando satisfação ao maior número de pedidos possível;
- Promover a inserção no âmbito de um plano de carreira individual ou de uma política de reestruturação industrial. (Peretti:1997).

Ou seja, as rápidas mudanças ocorridas nos anos oitenta, a imprevisibilidade e a necessidade das organizações em se flexibilizarem, levaram a gestão de recursos humanos a ser integrada na gestão estratégica das organizações, o que trouxe grande relevo ao desenvolvimento das competências e concomitantemente à gestão da formação. A temática da formação constitui, na actualidade, um campo de reflexão cada vez mais presente na ordem do dia das organizações. Os desafios com que as entidades formativas se deparam são crescentes e cada vez mais exigentes quanto à capacidade para demonstrar que as intervenções formativas realizadas contribuem, não só para a melhoria das práticas dos profissionais, mas também para a prossecução dos objectivos e metas dos contextos nos quais estes se inserem. A maior ou menor utilidade da formação surge, assim, associada ao tipo de impacte gerado a vários níveis: impacte ao nível do desempenho dos indivíduos, dos grupos e das organizações, tal como veremos a seguir.

3.4.1 – Objectivos e Modelos de Formação

O objectivo da gestão da formação como factor de desenvolvimento das competências e melhoria das qualificações dos profissionais, é de integrar a formação na política global de gestão e de desenvolvimento do capital humano da organização.

“É muito frequente verificar-se nas empresas que as lógicas e os métodos de trabalho de uns e outros se justapõem, se avizinham, sem se enriquecerem mutuamente. (...) a formação é um dos meios de acção privilegiada em que pode apoiar-se uma política de gestão dos recursos humanos. A vontade de progredir é real.” (Meignant, 1999:17))

Porém, não basta ter a visão e a convicção da necessidade de articulação entre formação e gestão de recursos humanos para que as práticas progridam. Da mesma forma, não basta haver orientações regulamentadas sobre a condução do ciclo formativo nas unidades formativas dos serviços de saúde e guias de apoio procedimentais à formação em serviço e induzir que as mesmas sejam respeitadas e cumpridas, sem avaliar os resultados em termos de eficácia e eficiência.

Os princípios e regras sobre a formação profissional, são regidos pelo Decreto-Lei n.º 50/98 de 11 de Março, servindo como objectivo estratégico, “ a qualificação, a dignificação, a motivação e a profissionalização dos recursos humanos na Administração Pública, através de uma política adequada de carreiras, remunerações e formação profissional.”

O artigo 3º. Define formação como:

O processo global e permanente através do qual os funcionários e agentes, bem como os candidatos a funcionários públicos sujeitos a um processo de recrutamento e selecção, se preparam para o exercício duma actividade profissional, através da aquisição e desenvolvimento de capacidades ou competências, cuja síntese e integração possibilitam a adopção dos comportamentos adequados ao desempenho profissional e à valorização pessoal e profissional.

Segundo Rocha (2007:170), a “formação contínua visa promover a actualização e valorização profissional dos funcionários e agentes, em consonância com as políticas de desenvolvimento, inovação e mudança da Administração Pública.”

Para este autor, entender a formação, significa relacionar o desenvolvimento da formação com as formas de organizar o trabalho. De facto, o desenvolvimento do ciclo formativo, nos hospitais, tem como pressupostos a filosofia conceptual dos projectos de qualidade, nos quais os hospitais estão envolvidos. Os enfermeiros receberam na formação inicial e

complementar, conhecimentos na área da pedagogia e desenvolvem e integram na prática diária, projectos de melhoria contínua da qualidade com bons resultados.

No entanto, na maioria das organizações não é possível conhecer, em que medida a formação planeada e desenvolvida, promove efectivamente a melhoria das qualificações dos profissionais porque não se consegue realizar de forma sistemática a avaliação dos resultados da formação na melhoria dos cuidados. A avaliação de todo o ciclo seja formativo, ou procedimental tem sido o grande handicap na gestão de projectos de melhoria nas organizações hospitalares e do desenvolvimento de competências através da formação contínua. Tal como refere Caetano (2007:10,

(...) a análise da contribuição efectiva da formação para o desenvolvimento das organizações e dos seus colaboradores tem sido praticamente inexistente e, nos poucos casos em que se verifica, além de superficial, não utiliza metodologias capazes de identificar os seus níveis de eficácia, nem é integrada na própria concepção da formação ou do projecto de mudança.

De facto, os profissionais mudam procedimentos, políticas para melhorar continuamente, mas perde-se a perspectiva da evidência da garantia da melhoria contínua desses resultados porque os profissionais não foram formados para desenvolverem essas actividades. Foram aprendendo com base na experiência e autoformação e formação informal, mas não conseguem monitorizar os seus resultados pela complexidade da organização e pela falta de implementação de processos integrados e uniformizados.

O hospital é reconhecido como uma organização burocrática, de natureza técnico profissional. Incorpora um sistema de poder e autoridade diferente de outras organizações devido à especificidade do trabalho dos seus profissionais. Tal como refere Mintzberg (1999:380), o tipo de administração mais importante e predominante nas organizações de saúde é a burocracia profissional que se embasa na fidelidade dos profissionais à profissão e não tanto à organização, consagrando maior dedicação ao desenvolvimento do seu trabalho e aos clientes que cuidam, mais do que para a missão da organização.

Segundo Campos (1984), é essencialmente nas situações de autonomia (como na relação médico doente), que a burocracia profissional evidencia as suas debilidades, pois, os problemas essenciais à coordenação das actividades que surgem neste tipo de configuração estrutural tendem a ser descuradas. Se a burocracia profissional parece ser apropriada quando os profissionais são competentes, o mesmo não sucede quando se regista a existência de profissionais “incompetentes” ou que não são conscienciosos. (Campos:1984)

Gerir todos estes aspectos não é fácil e é necessário despende de tempo, para incorporar a construção de novas aprendizagens que transformem os comportamentos. Mas o tempo necessário para se produzirem transformações significativas, assim como as próprias forças de resistência à mudança, podem levar ao desânimo, importando desenvolver forças impulsionadoras, capazes de mudar e quebrar os elos de resistência à mudança.

Nas organizações hospitalares, de uma forma geral, a instituição de mudanças estratégicas orientadas para a garantia da melhoria contínua dos serviços, são impulsionadas pelos profissionais de enfermagem, podendo ser considerados como a força motriz impulsionadora dos processos de mudança ao nível da prestação de cuidados nos hospitais.

De facto, os enfermeiros nas organizações, desenvolveram e impulsionaram a formação contínua em serviço, sendo a organização em estudo, disso exemplo. Cada instituição desenvolveu, concerteza, o seu manual e guia orientador do desenvolvimento da formação, de forma a uniformizar a informação e os registos, tendo algumas instituições dotado os enfermeiros responsáveis pela formação, com curso de formação inicial de formadores, de forma a qualificá-los para o trabalho.

A respeito, Le Boterf (1991:5) refere que “A actividade de uma empresa, é um misto de competências e de técnicas que criam a oferta específica que a empresa oferece no mercado e que lhe permite obter vantagens concorrenciais. Trata-se do núcleo das competências que lhe permite definir e impor a sua zona de excelência.”

A formação tem pois de dar resposta a diferentes necessidades, tornando-se um processo cada vez mais complexo e como tal, a formação e a educação deixaram de ser processos sequenciais ou paralelos para passarem a ser mais interactivos e convergentes (Rocha:2007, citando Neves:2003)

Para Bancalero (2007), a formação profissional tem como objectivos desenvolver competências e atitudes para desempenhar de forma eficaz a curto, médio ou longo prazo, uma determinada tarefa ou função. Considerando-se a formação como a transferência de informação e conceitos, com o objectivo de tornar a pessoa mais competente.

Segundo Rocha (2007:147), “ Mais do que possuir conhecimentos específicos e especializados torna-se necessário adquirir um conjunto de competências genéricas, como a capacidade de absorver novos conhecimentos, a flexibilidade, a autonomia, a liderança, a capacidade para trabalhar em equipa, a rapidez de abordar e resolver problemas e a capacidade de comunicar.” Ganhando aqui relevo a formação contínua, tal como refere o mesmo autor, a qual visa fazer face à evolução do mundo do trabalho, imposta pela terciarização.

Para o desenvolvimento da formação contínua, é necessário um plano de formação que para LeBoterf, deve ter em consideração o que já está adquirido, o que deve ser mantido e o que é necessário desenvolver. Assim, a actividade da organização está muito ligada à sua qualificação colectiva, podendo ser analisada em termos de sistema de competências, ou seja o cruzamento entre diferentes saber-fazer é essencial. Importando que as necessidades da formação expressem, o desvio existente entre as competências actuais e as que serão necessárias para evitar o surgimento deste ou daquele problema (Le Boterf:1991). Por isso, o planeamento da formação deve, também, procurar estabelecer o diferencial entre os factores explicativos que resultam da carência de competências e dos que resultam da deficiência de material, circuito de comunicação, evolução da concorrência. (Le Boterf:1991; Meignant:1999).

Tal como o desenvolvimento estratégico das organizações é perspectivado a médio ou longo prazo, também o plano de formação o é, mas como referem os dois autores, as competências a adquirir ou a fornecer estabelecem-se a curto prazo.

É a partir destas considerações que se constrói o referencial que permite identificar as necessidades de formação.

Bancalheiro (2007) atribui dimensões diferentes ao plano de formação e ao plano de desenvolvimento de competências que considera mais favorável e adequado ao crescimento da organização porque enquanto o plano de formação se aplica mais ao plano individual, operacional e é mais reactivo a uma situação, o plano de desenvolvimento de competências (PDC) é mais grupal e estratégico.

Segundo o Guia Metodológico do IQF (2006), as dificuldades subjacentes à concretização dos objectivos das entidades formativas, devem-se à:

- Falta de uniformização;
- Falta de cumprimento das orientações;
- Deficiente informação/comunicação nos dois sentidos;
- Assertividade no cumprimento dos prazos;
- Interesses individuais na prossecução dos objectivos;
- Falta de métricas uniformizadas;
- Falta na monitorização do processo;
- Falta de retorno de informação sobre os resultados;
- Falta de formação dos coordenadores da formação;
- Falta de políticas e procedimentos;
- Falta de regulamento e conhecimento do mesmo;

- Falta de envolvimento dos gestores de topo;
- Falta de tempo e motivação;
- Falta de condições estruturais e equipamento.

Neste sentido devem ser tomadas medidas no sentido de obedecer às directrizes vinculadas nos manuais de concepção, teorias e processos de psicologia de aprendizagem (IQF:2006; DGS-DMRH:2005). Relativamente ao delineamento dos programas de formação, os objectivos da formação constituem o ponto central dos cadernos de encargos das acções de formação porque permitem formular os objectivos pedagógicos e a aplicação dos dispositivos de avaliação dos resultados da formação (Le Boterf:1991; Meignant:1999).

O IQF (2006), no Guia de Concepção de Cursos e Materiais Pedagógicos, destaca a importância da análise do contexto real e construção do quadro conceptual a desenvolver, previamente à realização do plano de desenvolvimento da formação, para além da importância em o modelo de avaliação ser concebido pelo actores da formação.

Após estas considerações de âmbito geral, apresentam-se alguns dos aspectos que contribuem para a qualidade do plano de formação contínua e das acções de formação em particular, numa perspectiva de estratégia organizacional.

Constituintes da Elaboração do Plano de Formação

De acordo com Le Boterf (1991), o plano de formação deve ser baseado nos seguintes constituintes:

1. Identificar as fontes de competências requeridas
2. Explicitar o contributo esperado com a formação
3. Elaborar e estruturar o plano de formação
4. Organizar o controlo do plano de formação

À semelhança de outros autores, como Meignant (1999) e das orientações emanadas pela Secretaria-geral da Saúde, para o Sistema de Acreditação do Sector Público da Saúde, criado pelo Despacho Ministerial n.º 13 019/98 de 19 de Julho, estes são os constituintes a integrar no caderno de encargos, para que o planeamento do projecto ou acção de formação reúna um conjunto coerente e ordenado de componentes, concorrentes a responder a objectivos pertinentes que resultem em crescimento efectivo e eficaz da organização.

“ Organizar o controlo do plano de formação” implica, tal com referido por Le Boterf (1991), Meignant (1999) e Bancaleiro (2006), entre outros, estabelecer um quadro de “bordo” (ou “balanced scorecard”, ou “balanço de competências”, segundo terminologia de Bancaleiro, ou “tableau de bord” de acordo com Meignant); estabelecer um dispositivo de

responsabilização dos intervenientes (especialmente do orientador) e prever os procedimentos de actualização.

Formulação das Necessidades da Formação em Termos Operatórios

Tão importante como o planeamento da acção/projecto é a formulação das necessidades da formação em termos operatórios, o que implica:

1. Atender aos problemas a solucionar e à contribuição esperada com a formação;
2. Expressar os objectivos em termos de capacidades profissionais observáveis e avaliáveis;
3. Identificar e seleccionar a população destinatária (efectivos, pré requisitos, condições de participação, dotações/serviço);
4. Definir as grandes linhas de conteúdo;
5. Estabelecer as orientações pedagógicas (modalidades, tipos de material);
6. Orientar a organização pedagógica (composição dos grupos, locais, duração);
7. “Marketing” interno da formação (informação/divulgação, implicação das hierarquias operacionais...);
8. Modos de avaliação e de acompanhamento, definição de indicadores de resultado;
9. Custos e modalidades de facturação e de financiamento.

(adaptação a partir de: Le Boterf, 1991; Meignant, 1999)

Formas e Momentos de Formação Profissional

No planeamento da formação, para além da observância das fases constituintes do plano e das necessidades de formação, há que ter em consideração outros factores e variáveis. Tal como refere Rocha (2007), existem várias formas e momentos de formação profissional:

- 1- Orientação e formação inicial – na altura da entrada na organização;
- 2- Treino que corresponde à formação em determinada tarefa que integra a função;
- 3- Desenvolvimento de competências – Desenvolvimento de capacidades com vista à polivalência e flexibilidade na organização;
- 4- Educação – Aprofundamento das capacidades individuais, de modo a aumentar o capital de qualificações.

Fases do Processo de Desenvolvimento da Formação

Paralelamente à operacionalização das necessidades de formação definidas por Le Boterf, (1991) e Meignant, (2003), Rocha (2007), tal como outros autores, resume o processo de formação em quatro fases:

- **Diagnóstico da situação** – Realizado com base na identificação das necessidades; na análise das necessidades de formação; conversão das necessidades em objectivos; através de técnicas de questionário, entrevista, análise em grupo e grupos diagnóstico. O diagnóstico visa identificar as funções que precisam de rectificação e as tarefas que necessitam de ser desempenhadas com maior precisão, ou identificar as competências que a estratégia da organização necessita. A análise da performance, consiste em determinar o desempenho exigido para cada função e comparar com os resultados concretos de forma a adoptar a formação adequada às necessidades. (Rocha:2007)
- **Programação ou planeamento** – Realiza-se a escolha dos formadores e métodos pedagógicos, adequados ao programa definido para dar resposta à situação diagnosticada; Determinar o número de candidatos; os critérios de selecção que devem basear-se no interesse da organização e das capacidades dos candidatos; desenvolver métodos de controlo da acção e de avaliação dos resultados, feedback; inventariação dos meios pedagógicos e material necessário; definição do orçamento e custos gerais.
- **Implementação** – Aplicação dos programas; a implementação é realizada pelos formadores que podem ser profissionais internos ou externos (firma de consultoria, professores universitários etc). Quando se pretende introduzir alterações comportamentais deve-se recorrer a formadores externos à organização. Os métodos de formação dependem dos objectivos que se querem alcançar.
- **Avaliação** – Verificação da alteração provocada pela formação, ou determinação quanto possível rigorosa da eficácia da acção de formação. (Rocha:2007; Meignant:2003).

Condicionantes da Dinâmica de Grupo

Para desenvolver a formação, o gestor da formação deve ter conhecimento e mobilizar saberes na área da psicologia da aprendizagem e integrar conhecimentos de pedagogia da formação na concepção quer do planeamento da formação quer das acções formativas. Para se adequar a formação às qualificações e competências a desenvolver, devem ser tidas em consideração as características dos formandos, os métodos pedagógicos adequados ao tema,

às condições ambientais e estruturais e ao grupo e competências do formador. A dinâmica de grupo encarada numa perspectiva das interações que se estabelecem dentro de grupos restrito, tem ser considerada pelo formador ao proceder à concepção da formação. A dinâmica de grupo procura compreender como os membros realizam em conjunto, as tarefas necessárias à prossecução dos seus objectivos e como resolvem os problemas que vão surgindo ao longo do processo. Ao considerar a dinâmica de grupo, segundo Barata (2005), várias definições, apontam para a ideia de: estruturação, organização e funcionamento; alterações provocadas por mudanças na estrutura; emergência de normas, sanções e papeis; efeitos da liderança e da comunicação; factores de cooperação e competição entre os membros; relação entre individuo e grupo – tipo e grau de influência que cada membro exerce sobre o outro. A coesão do grupo tende a aumentar de acordo com factores como: atracção pessoal, interações frequentes, avaliações favoráveis, competição intergrupar, acordo face aos objectivos do grupo; e diminuir quando as experiências são desagradáveis, quando o grupo é grande, existe domínio por um ou mais membros, competição intragrupal e desacordo face aos objectivos do grupo (Barata:2005).

Papel e Perfil do Formador

No que concerne as características e papel do formador (Ferro & Fernandes:2000), este deve:

- Atender a cada aluno que progrida de acordo com as suas capacidades e interesses;
- Considerar que cada formando é uma pessoa diferente, mas ter presente que algo lhes é comum: todos têm um objectivo;
- Deve ter um ponto de partida que obedece a um diagnóstico prévio de conhecer a realidade em que o grupo ou organização vive, actua e/ou realiza a acção; compreender essa realidade; saber que cada pessoa, grupo ou organização terá as suas razões para actuar ou agir de determinada maneira.

Resumindo o formador deverá ser capaz de observar cada formando, despertá-lo e estimular as suas capacidades de modo a conseguir que aprenda melhor e em menos tempo. Deve também motivar os formandos de modo a que desenvolvam as suas capacidades individuais, consigam realizar-se pessoalmente e contribuam para a eficácia dos grupos.

Assim o formador deverá ser capaz de (Ferro & Fernandes:2000):

- Conhecer-se melhor;
- Compreender a realidade vivida pelos formandos, saber orientar-se no mundo dos formandos, seleccionar os métodos e os instrumentos pedagógicos mais eficaz.

- Desenvolver um estilo de animador e eficaz próprio, preparar e construir uma secção de aprendizagem, controlar a eficácia e pedagogia na formação;

Constatando-se a importância do papel do formador em associação ao do responsável pelo desenvolvimento da formação, importa definir as fases do ciclo formativo, fazendo referência ao modelo adoptado e recomendado pelo IQF (2006), pela sua objectividade e directrizes auxiliares que emanou, para a sua implementação e apresentadas no “Guia de Concepção de cursos e materiais pedagógicos.

Modelo do Processo de Concepção do Ciclo Formativo

O modelo de fases do ciclo formativo e factores a considerar no processo de concepção ADORA, apresentado pelo IQF (2006), é igualmente o sugerido pelo Departamento de Modernização e Recursos do Ministério da Saúde, para as Unidades Formativas dos Serviços da Saúde (2005).

Este modelo resume as fases do ciclo formativo e os condicionantes a ponderar na concepção do programa de formação:

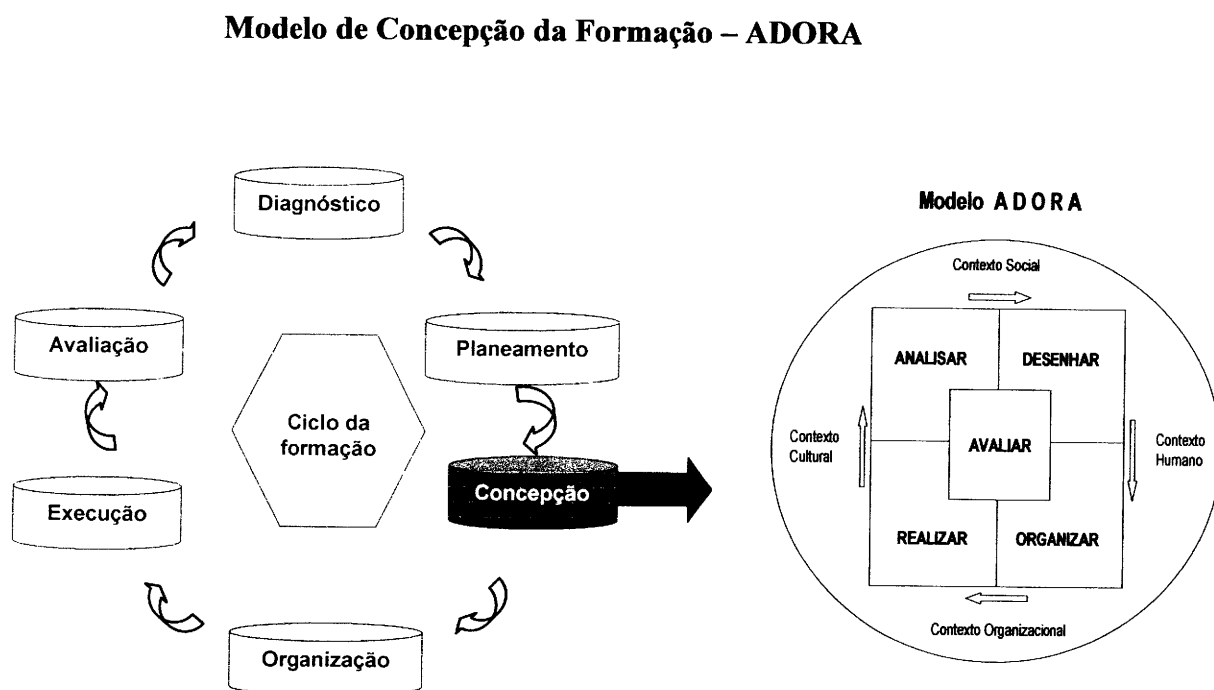


Figura 4. - Fases do processo de formação e Modelo de avaliação da concepção – ADORA

As fases e os processos do modelo de concepção “ADORA”, visam apoiar o desenvolvimento das tarefas e operações conducentes a uma adequada operacionalização da concepção de cursos e materiais pedagógicos, a sua designação simples, foi estabelecida a partir do acrónimo das diversas fases do próprio ciclo da concepção da formação: Analisar, Desenhar, Realizar e Avaliar – ADORA.

“Este modelo é, antes de mais, um conjunto estruturado de fases, processos e instrumentos de apoio à concepção de programas, cursos e soluções pedagógicas, podendo ser explorado e utilizado de diferentes formas – isto é, em função das necessidades e disponibilidades – pelas entidades e profissionais que intervém na formação.” (IQF:2006)

O domínio da concepção da formação é constituído por cinco fases distintas, integradas e complementares que se decompõem em processos, da seguinte forma:

Fase I – Analisar os contextos de partida: visa sinalizar competências a desenvolver e construir para a definição de objectivos de aprendizagem, com base no pressuposto que os objectivos consistem na tradução pedagógica das competências pré-definidas.

Fase II – Desenhar a proposta formativa: visa delinear itinerários de aprendizagem referenciados a contextos e públicos-alvo, focalizando a equipa de concepção na agregação dos objectivos de aprendizagem e na construção do próprio itinerário a desenvolver.

Fase III – Organizar as sequências pedagógicas: partindo da definição de objectivos, agregados em módulos a desenvolver, visa contribuir para a sinalização e sequenciação de conteúdos a incorporar nas soluções formativas, assim como identificar as melhores estratégias pedagógicas a aplicar.

Fase IV – Realizar recursos técnico-pedagógicos e preparar equipamentos de apoio: visa apoiar a equipa de concepção na construção/identificação de recursos técnico pedagógicos e suportes de apoio a utilizar quer pela equipa de facilitadores (formadores, monitores, tutores...) quer pelos participantes na formação.

Fase V – Avaliar a estratégia pedagógica: visa apoiar o utilizador na construção da estratégia avaliativa mais adequada às características da proposta pedagógica previamente concebida.

Este modelo permite produzir evidências (através dos resultados de cada processo), em cada fase, uma vez que cada fase pode ser decomposta em vários processos de intervenção que quando suportados por instrumentos de apoio à decisão e sistematização do trabalho

desenvolvido permitem documentar e comprovar a coerência, a fundamentação e a robustez dos passos metodológicos desenvolvidos para a criação de uma proposta formativa (IQF:2006).

Para além destes factores a avaliação das fases do ciclo formativo, possibilitam introduzir propostas de melhoria ao longo de todo do processo sempre que necessário, no entanto, segundo Caetano (2007:19,20) “a avaliação das intervenções, incluindo da formação, tem vindo a assumir grande importância no quadro de desenvolvimento dos recursos humanos (...) para que se demonstre de que forma essas intervenções contribuem directamente para o desenvolvimento das organizações. “

3.4.2 - Avaliação do Impacte da Formação

A problemática da avaliação da formação assumiu contornos distintos no decorrer das últimas duas décadas. Reunir consenso relativamente à dimensão da abordagem da avaliação a desenvolver no contexto da formação profissional não tem sido tarefa fácil.

Observam-se várias práticas em matéria de avaliação da formação que assumem modalidades distintas em função dos:

- Paradigmas de formação em presença;
- Posicionamentos conceptuais de quem avalia;
- Possibilidade de implicação dos públicos aos quais a avaliação é dirigida;
- Necessidades de informação veiculadas pelos interesses nas intervenções avaliativas;
- Domínio conceptual dos vários modelos de avaliação existentes (em particular as capacidades de quem avalia para construir quadros conceptuais de intervenção assim como ferramentas de avaliação);
- Disponibilidade de meios e recursos a afectar ao processo avaliativo (humanos, financeiros, materiais ...) (IQF:2006).

Apesar da dificuldade em implementar o processo de avaliação do impacte da formação, a sua importância é crescente, no sentido de avaliar os desvios existentes entre os objectivos definidos para a formação e os resultados alcançados. Mais difícil ainda e mais preponderante é, comprovar os acréscimos de eficácia e eficiência da organização, decorrentes dos programas de formação contínua dos profissionais.

A avaliação da formação exige, de acordo com o tipo de resultados pretendidos, a construção de compromissos permanentes entre os vários actores mobilizados para a avaliação. Esses compromissos passam, não apenas pelo facto de cada actor desempenhar o seu papel de forma eficaz, mas também no sentido de desenvolverem uma atitude de “permanente vigilância “ (IQF:2006) que resulte na qualidade das respectivas práticas ao longo da execução das intervenções formativas.

Vários autores referem-se à análise das repercussões da formação no contexto organizacional como a avaliação do impacto da formação (Peretti:1997). No entanto, no campo da semântica, de acordo com o dicionário de língua portuguesa quando nos referimos à análise dos efeitos de uma dada acção, neste caso – Formação – referimo-nos ao conceito de impacte ao invés de impacto, uma vez que relativamente a este ultimo termo atribuiu-se um sentido de choque, embate ou encontrão. Assim, no âmbito do estudo interessa aferir as repercussões da formação ou seja o seu impacte nos comportamentos, competências, desempenho e eficácia e eficiência dos programas de formação para a organização.

Por avaliação da formação entende-se, “um processo sistemático de recolha de dados e de análise da concepção, implementação e consequências das acções de formação realizadas numa organização, com vista a averiguar a sua eficácia, relevância e efeitos na dinâmica organizacional”. (Caetano, 2007:20)

Para Chiavenato (1993), a avaliação dos resultados da formação refere-se à última etapa do processo de formação e objectiva a análise dos resultados obtidos através da formação, ou seja a eficiência da formação. Devendo ser considerados dois aspectos:

- Determinação da produção de mudanças desejadas no comportamento dos profissionais;
- Demonstração da relação existente entre os resultados obtidos e os objectivos da empresa.

Esta noção reforça por um lado que a formação deve promover determinadas mudanças e por outro, a avaliação deve incidir na análise do hiato entre os objectivos definidos e os resultados alcançados.

Pois como refere Peretti (1997:384), na avaliação da formação existe “ a dupla questão de saber se o formando aplicou bem os conhecimentos adquiridos para a sua situação de trabalho e se os resultados obtidos são economicamente favoráveis quando comparados com as despesas”, no entanto, estas questões ficam na maioria das vezes por responder. Pelo que se torna imperativo quantificar os resultados da formação porque tal como refere Bancalheiro (2006), “os números contam histórias”. No entanto, Barbier (1985:7), refere-se à dificuldade que existe em realizar a avaliação, considerando não ser ” surpreendente o grande fosso que existe entre a riqueza do discurso sobre a avaliação e a precariedade relativa das práticas.”

Geralmente, os modelos de avaliação aplicados em contexto de formação têm essencialmente três enfoques:

- Abordagens centradas na verificação do cumprimento dos objectivos de aprendizagem pré definido;
- Abordagens centradas no processo formativo;
- Abordagens centradas nos resultados/benefícios da formação para os respectivos destinatários.

No entanto, a avaliação deve ser efectuada antes/durante e após a execução da formação, designadamente, sinalizando e actuando de forma sistemática sobre os aspectos cruciais da intervenção formativa, com vista à produção dos melhores resultados, ao nível da respectiva preparação, execução e consequentemente, dos impactes nos desempenhos dos indivíduos, dos grupos e das organizações (IQF:2006). De acordo com as orientações constantes nos manuais divulgados pelo Departamento de Modernização e Recursos Humanos e IQF (2006), a avaliação do Impacte da formação deve incidir em pelo menos 5% dos programas de formação desenvolvidos.

A abordagem PERTA, traduz-se por um conjunto de fases, processos e instrumentos que remetem o utilizador para três momentos distintos de avaliação: antes da execução da avaliação (fases I e II), durante a execução da avaliação (fases III e IV), após a execução da avaliação (fase V).

Assim, o domínio da “Avaliação da Formação” deve incluir cinco fases distintas, integradas e complementares:

Fase I – Planear a abordagem avaliativa;

Fase II – Elaborar e testar instrumentos para recolha de dados;

Fase III – Realizar a abordagem avaliativa;

Fase IV – Tratar e analisar os dados recolhidos e produzir relatórios de avaliação;

Fase V – Apresentar os resultados da avaliação.

A cada uma das fases estão associados processos específicos que visam a operacionalização de cada uma das fases e durante a implementação, deverão ser produzidos pelos actores da formação, um conjunto de evidências, ou seja, suportes que decorrem da operacionalização de cada um dos processo.

Para se efectuar uma avaliação da formação e dos resultados que dela advém para os formandos e para a organização, tem de se pensar a vários níveis de avaliação. Os modelos de avaliação existentes foram inspirados na taxonomia de kirkpatrick datado de 1959:

Modelo Hierárquico da Avaliação da Formação

Kirkpatrick considera quatro níveis de avaliação: reacções, aprendizagem, comportamento e resultados, (Caetano, 2007;Lopes, 1995):

Nível 1 – reacções à opinião, sobre determinados aspectos da formação, tais como o tema, o formador, métodos, materiais e outros. A este nível Meignant (2003), denomina o nível de satisfação.

Nível 2 – diz respeito à aprendizagem por parte dos formandos, à aquisição, aumento e melhoria dos conhecimentos, ou competências e mudança de atitudes. Meignant (2003), denomina o segundo nível de pedagógico. Este nível geralmente baseia-se na avaliação dos conhecimentos e aprendizagens, mais ao nível de testes de conhecimento declarativos e por vezes análise dos modelos mentais.

Nível 3 – Remete-se à transferência dos conhecimentos, aos comportamentos após o processo de formação. A avaliação da transferência, como refere Caetano (2007), requer planos de análise que permitam comparar o comportamento antes e depois da formação, o que pode ser efectuado através de auto-retrato e de observações dos superiores hierárquicos, dos subordinados e dos pares.

Nível 4 – Neste modelo, Kirkpatrick considera a implicação dos resultados da formação para a organização como: aumento da qualidade, satisfação do cliente, diminuição dos custos, menor rotação de colaboradores.

O 5º Nível definido por alguns autores, refere-se às questões económicas de análise do custo/benefício dos programas de formação.

Modelo de Ciro (Karr et al.:1970)

- Avaliação do contexto ou ambiente de partida da formação;
- Inputs (entradas) a mobilizar para intervenção formativa;
- Reacções dos participantes à formação desenvolvida;
- Outcomes (resultados).

Abordagem CIPP – Daniel Stufflebeam (1967, 1971, 1972)

- O contexto;
- Os inputs da formação;
- O processo Formativo;
- Os produtos resultantes da formação.

Robert Brinkerhoff (1985) (sete áreas de intervenção)

- Focalizar a avaliação;
- Desenhar a estratégia avaliativa;
- Recolher a informação no terreno;
- Analisar e interpretar a informação recolhida;
- Apresentar os resultados;
- Gerir o processo avaliativo;
- Avaliar a avaliação (Meta - avaliação)

Jack Phillips (1991) – (Cinco níveis - Enfoque no ROI)

- O autor defende a aplicação dos quatro níveis de avaliação de forma a sinalizar atempadamente eventuais aspectos menos conseguidos, de forma a poder introduzir as alterações necessárias. O ideal, é aferir ao longo da realização dos vários níveis de avaliação, os impactes positivos que verificam em cadeia. Sempre que tal se verifique, a probabilidade de se verificar um ROI positivo será tendencialmente mais elevada.

(IQF:2006; Cardoso:2003)

Os factores que permitem optar por uma ou outra metodologia de avaliação prendem-se, essencialmente com os contextos de aplicação, bem como dos respectivos beneficiários (Cardoso:2003).

Assim, segundo Cardoso (2003:31), o conceito de avaliação da formação deve ser entendido como “processo que possibilita a monitorização sistemática (1) de determinada intervenção formativa, recorrendo para o efeito a padrões de qualidade de referência (2) explícitos ou

implícitos, com vista à produção de juízos (3) que suportem a eventual tomada de decisões (4)”.

Portanto são as organizações que definem qual a melhor estratégia avaliativa, criando ou ajustando referenciais que de adequem e sejam capazes de dar resposta às respectivas necessidades. Seja qual for, a apropriação dos vários modelos de avaliação existentes exigem sempre investimento em tempo.

Um dos principais objectivos da intervenção avaliativa é a obtenção de informação útil, capaz de ser apropriada pelos respectivos destinatários, o que requer conhecimento sobre o dispositivo de avaliação, a forma como podem participar no mesmo quer a nível da respectiva construção/validação quer ao nível da respectiva implementação (Cardoso:2003).

Ora, na maioria das organizações, os resultados da eficácia e eficiência da formação para os indivíduos e para a organização, não passam de percepções e opiniões subjectivas, pelo que de acordo com, Bancalero (2006:39), é necessário quantificar os resultados da formação porque “deixamos de falar em meras opiniões e sentimentos e começamos a afirmar a nossa posição com a eficácia de ter números concretos. Esta pode ser a diferença entre a nossa proposta ser considerada como algo que deve ser feito ou algo que poderia eventualmente ter interesse.”

Face aos elevados investimentos na formação que os processos de mudança organizacional fundamentados na qualidade requerem, torna-se necessário investir na melhoria dos processos e desenvolvimento das fases do ciclo formativo, segundo as directrizes do sistema de acreditação das unidades formativas dos serviços de saúde, como forma de uniformização de processos que garantam resultados quantificáveis, demonstrativos da pertinência e eficácia da formação para o desenvolvimento das competências dos profissionais e consequente crescimento da organização.

PARTE II
ESTUDO EMPÍRICO

4 – OBJECTO DE ESTUDO

O que induz o homem a investigar depende de inúmeros factores, mas o que se aprende efectivamente com a investigação, segundo os autores Quivy & Campenhoudt (1992:17), permite:

Compreender melhor os significados de um acontecimento ou de uma conduta, a fazer inteligentemente o ponto da situação, a captar com maior perspicácia as lógicas de funcionamento de uma organização, a reflectir acertadamente sobre as implicações de uma decisão política, ou ainda a compreender com mais nitidez como determinadas pessoas apreendem um problema e a tornar visíveis alguns dos fundamentos das suas representações.

A investigação, de acordo com os mesmos autores, é algo que se procura e segundo Deshais (1992), surge de um problema porque sem problema não existe investigação. Como tal “O primeiro desafio do investigador é conhecer a natureza do problema a estudar, delimitá-lo com toda a clareza possível e, sobretudo, formulá-lo de maneira tal que seja possível determinar quais os melhores meios de investigação científica a utilizar.” Deshais (1992:19). A definição do problema é crucial para o início do processo de investigação e normalmente surge de uma situação considerada problemática ou de um mau estar, inquietação ou irritação à qual o investigador não fica alheio e necessita de explicá-lo ou compreendê-lo (Fortin:1999).

O mote para esta investigação surgiu de várias inquietações e problemáticas vividas em ambiente profissional pela investigadora e que careciam ser conhecidas, compreendidas, explicadas e fundamentadas de forma a poder intervir. No entanto, devido à abrangência da problemática, clarificar o problema prioritário e equacionar a pergunta de partida de forma clara, para ser tratada e obter elementos passíveis de lhe dar resposta, tal como referem Quivy & Campenhoudt (1992), não foi tarefa fácil.

Assim, a definição da questão de partida, surgiu da necessidade em desenvolver uma estratégia de melhoria da qualidade da formação contínua que fosse praticável, decorrente e fundamentada nos resultados do estudo. A particularização desta área, surge da experiência profissional da investigadora e do diagnóstico de necessidades formativas participada por colegas, com questões e dúvidas frequentes sobre os objectivos e fases do ciclo formativo e da constatação da disparidade e inconsistência da informação apresentada como resultado da

formação contínua realizada nos serviços pelos enfermeiros e sua importância no processo de desenvolvimento de competências dos enfermeiros em geral.

Delimitado o problema, foram enunciadas as perguntas que constituem o fio condutor da investigação e procuram explicar a problemática:

- Como é desenvolvida a formação em serviço dos enfermeiros da prestação de cuidados hospitalares?

- Qual o impacto da formação contínua no desenvolvimento de competências dos enfermeiros em contexto de trabalho?

Decorrente da legislação da formação contínua dos enfermeiros, foi elaborado pelo Núcleo de Formação em Enfermagem da Instituição palco de estudo, um manual denominado “Dossier da Formação”, com orientações para a formalização da formação em serviço dos enfermeiros e impressos normalizados para o planeamento e organização da formação em serviço. O departamento de formação da organização hospitalar está certificado e rege-se pelas directrizes definidas para as Unidades formativas dos Serviços da Saúde, pelo Departamento de Modernização e Recursos Humanos do Ministério da saúde, no que concerne o sistema de acreditação (Despacho nº. 13 019/98 (2.º série) de 29 de Julho).

Assim, de forma a conhecer como se desenvolve efectivamente o fenómeno em estudo, esta investigação tem por objectivo geral:

- Conhecer a eficácia da formação no desenvolvimento de competências dos enfermeiros da prestação de cuidados da organização hospitalar;

Os objectivos específicos visam:

a) Conhecer o impacto da formação em serviço no desenvolvimento das competências, percebido pelos enfermeiros da prestação de cuidados;

b) Conhecer se os enfermeiros de cuidados gerais participam e colaboram na formação em serviço;

c) *Conhecer a percepção do enfermeiro da prestação dos cuidados sobre a qualidade da formação desenvolvida pelo enfermeiro responsável pela formação em serviço;*

d) *Conhecer a importância atribuída pelos enfermeiros à formação contínua em serviço como factor de desenvolvimento de competências;*

e) *Conhecer o grau de motivação dos enfermeiros para participarem na formação contínua em serviço;*

Tendo por base a questão de investigação e os objectivos que se pretendem alcançar, escolheu-se o modelo que possibilitou orientar a investigação e permitiu analisar os resultados.

Escolhida a metodologia científica e o modelo de análise, fundamentou-se a pesquisa nas orientações definidas para o ciclo formativo pelo sistema de acreditação dos serviços de saúde (2005) e segundo as teorias e conceitos de autores peritos na matéria. As directrizes definem que a formação deve ser conduzida de forma eficaz e eficiente, devendo para isso, planear, adequar e integrar os domínios do processo formativo (fases do ciclo formativo), modalidades de formação (formação inicial, contínua, de actualização/ aperfeiçoamento etc.) e formas de organização (formação presencial, em contexto de trabalho, etc.) à população alvo.

Os domínios de intervenção definidos pelo sistema de acreditação das entidades formativas do Ministério da saúde, incluem as fases do ciclo formativo que traduzem de forma operacional as seguintes intervenções:

- *Diagnóstico de necessidades de formação;*
- *Planeamento das actividades formativas;*
- *Concepção de programas, instrumentos e suportes formativos;*
- *Organização e promoção da formação;*
- *Desenvolvimento/execução das actividades formativas.*

Tendo por base os domínios de intervenção do ciclo formativo, importa perceber como é desenvolvida a formação em contexto hospitalar, nomeadamente qual o impacto da formação em serviço no desenvolvimento de competências dos enfermeiros e as mais valias para o serviço; qual a participação dos enfermeiros no processo formativo do serviço e a percepção que têm sobre a qualidade da formação desenvolvida no serviço.

Ou seja, torna-se imperativo conhecer se o ciclo formativo é cumprido, se a formação corresponde às necessidades formativas dos formandos, desenvolve as competências necessárias à estratégia de desenvolvimento e objectivos do serviço e se os enfermeiros responsáveis pela formação em serviço possuem as competências adequadas à função. Uma vez que a formação dos profissionais nas organizações, na actualidade, tem uma abrangência lata e deve ser pensada e englobada na visão estratégica da organização. De acordo com Bancalero (2006:78):

A formação profissional (training na linguagem das multinacionais) é, habitualmente, definida como o desenvolvimento de competências e atitudes numa pessoa com o objectivo de desempenhar de forma eficaz, no curto ou longo prazo, uma determinada tarefa ou função.

Sem dúvida, o princípio orientador do planeamento e organização da formação contínua nas organizações hospitalares é de, possibilitar aos profissionais desenvolver as competências consideradas determinantes e factor crítico de sucesso, para o desenvolvimento e crescimento da organização. Para responder a este objectivo, as entidades do sector público da saúde quando acreditadas em todos os domínios, necessitam demonstrar que detêm competências, meios e recursos adequados às actividades desenvolvidas e aos objectivos prosseguidos (capacidade formativa), segundo o Sistema de acreditação dos serviços de saúde (2005).

Apesar destas orientações se aplicarem apenas ao departamento de formação da organização, o certo é que o tempo dispendido, o investimento pessoal e profissional dos enfermeiros e os custos dispendidos na formação em serviço, (apesar de não estar estruturada da mesma forma que a exigida ao departamento de formação), serve os mesmos princípios. Para além disso, as organizações em processo de acreditação da qualidade, como é o caso da organização hospitalar de estudo, orientam-se para a uniformização de procedimentos e políticas com delineamento de processos de monitoria/ indicadores de qualidade, tendo a formação um papel activo na implementação dos mesmos. Mas como refere Bancalero (2006:52), só é passível ser medido e comparável, aquilo que é idêntico, pois:

(...) Um indicador é um número com significado. E para que isso aconteça, temos de colocar esse número num contexto. Benchmarking é uma forma de criar este contexto, ao relacionar o fenómeno medido com outros fenómenos similares externos ou com o mesmo fenómeno na mesma organização (...)

Tentar responder a todos estes domínios é uma realidade e para isso é necessário situar o fenómeno, delinear e fundamentar a meta e traçar a trajectória.

Assim, as linhas orientadoras de desenvolvimento do modelo de investigação e análise têm por base os seguintes pressupostos:

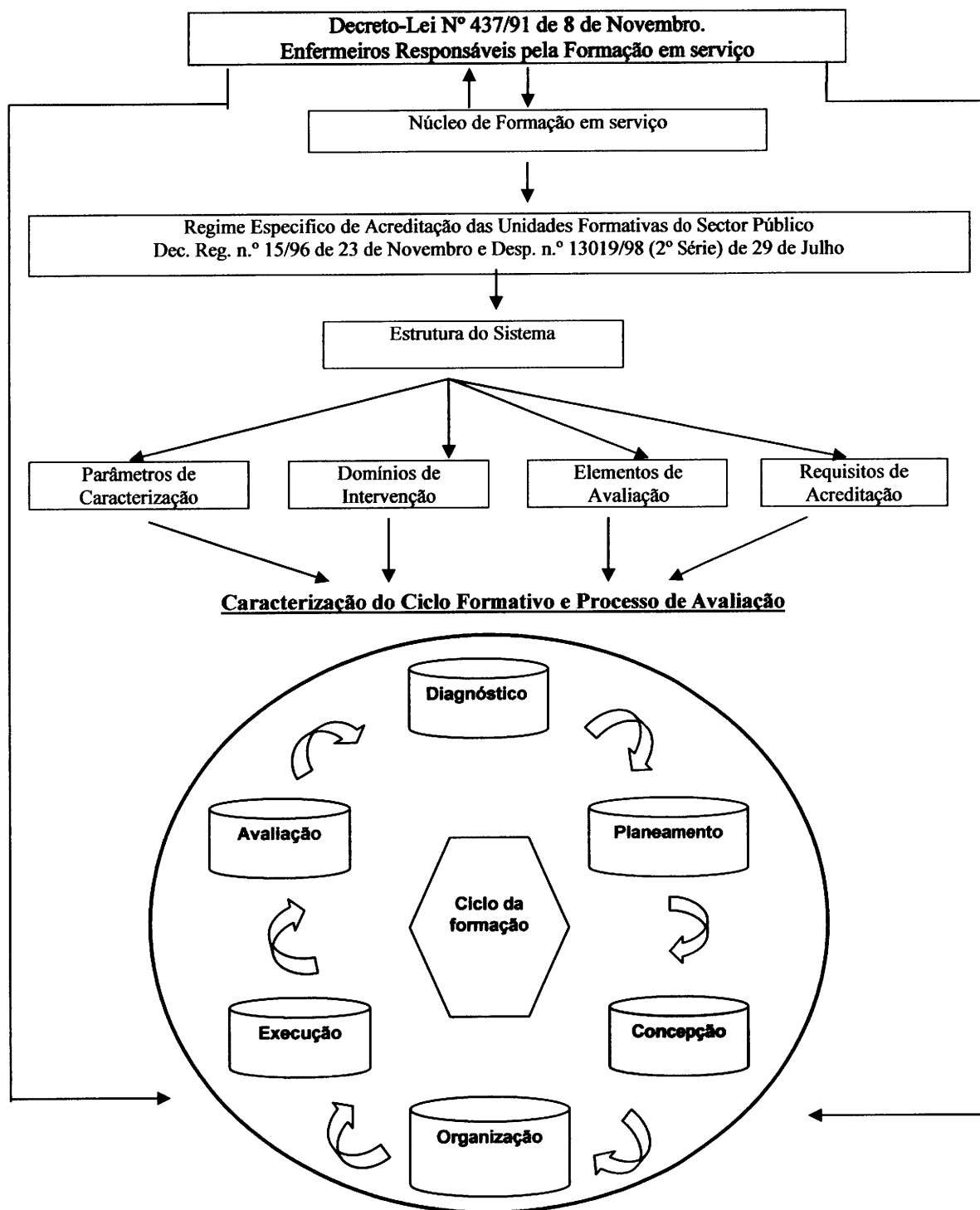


Figura 5 – Pressupostos do Modelo de Investigação e Análise

5 – PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

A metodologia está para a investigação como o sujeito está para o conhecimento, nesse sentido a metodologia proporciona os meios para empreender uma investigação (Deshais:1992).

Neste capítulo, descrevem-se os procedimentos metodológicos utilizados para estudar a forma como se desenvolve a formação em serviço dos enfermeiros numa organização hospitalar, em termos de qualidade, envolvimento dos participantes, impacte no desempenho e motivação para a formação, de forma a alcançar os objectivos de estudo. Descrevem-se também, as etapas percorridas para a obtenção dos resultados que permitirão a explicação do problema.

Para responder às perguntas de investigação recorreu-se a um estudo Exploratório-descritivo. Pois tal como refere Fortin (2000:137), “ A exploração e a descrição de fenómenos podem ser efectuados com a ajuda de desenhos descritivos.” Classifica-se como exploratória pela limitação de estudos na área profissional de enfermagem sobre a qualidade da formação desenvolvida em contexto de trabalho e o impacte da mesma no desenvolvimento de competências dos enfermeiros. De acordo com Gil (2007:43):

Pesquisas exploratórias são desenvolvidas com o objectivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado facto. Este tipo de pesquisa é realizado especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil sobre ele formular hipóteses precisas e operacionalizáveis.

Considera-se descritiva, pelos objectivos definidos porque pretende descrever, identificar e conhecer a representação e percepção dos enfermeiros, sobre a formação contínua em serviço desenvolvida na instituição hospitalar onde exercem funções, como forma de diagnosticar o estado da arte da formação em serviço desenvolvida pelos enfermeiros, conhecer como é planeada, implementada e avaliada qual a motivação dos enfermeiros para a formação em contexto de trabalho e a importância que atribuem à formação continua como factor de desenvolvimento de competências. Segundo Gil (2007:44), “As pesquisas deste tipo têm como objectivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenómeno ou o estabelecimento de relações entre as variáveis.”

Como modelo de investigação optou-se pela investigação quantitativa, que segundo Ribeiro, 2008:79), “ (...) caracteriza-se por se expressar através de números (ou seja por entidades

abstractas que representam uma contagem, uma medição, um cálculo.” No entanto, como refere o mesmo autor, essa entidade abstracta (números) referem-se às variáveis que têm significado para a investigação e que deverão ser traduzidas em construtos, teorias ou resultados da investigação.

5.1 – TERRENO DE PESQUISA

Tal como Quivy e Campenhoudt (1992) salientam, na maioria das vezes e por variadíssimos factores, o campo de investigação ocorre na sociedade onde vive o próprio investigador. Considerando que a situação problemática conducente à investigação, foi detectada na organização hospitalar onde a investigadora desempenha funções e ser decorrente da sua actividade funcional, tornou-se imperativo observar as acções no local de ocorrência, para melhor compreensão do fenómeno. Assim, o terreno de pesquisa seleccionado foi o HNSR, EPE – Barreiro.

Apesar da investigadora conhecer grande número de enfermeiros da organização, não assumiu que isso seria um factor predictor de maior adesão ao estudo, muito pelo contrário. Principalmente porque no período proposto para o início da investigação, a organização estava a passar por momentos de mudança na gestão organizacional, existindo um clima organizacional algo instável, fruto do período de espera alongado e de incerteza sobre a recondução do Conselho de Administração, para além do hospital ser palco frequente de estudos de investigação, com solicitação maioritária dos profissionais de enfermagem para o efeito. No entanto, face à problemática, o estudo teria obrigatoriamente de ocorrer na instituição seleccionada.

A intenção da realização do estudo foi proposto formalmente em Conselho de Administração da instituição, por intermédio da Sr^a Enf^a Directora e autorizado a 21 de Junho de 2007, face ao interesse e pertinência do estudo para a organização.

Antevendo alguma dificuldade em motivar os enfermeiros a participar no estudo (pelos motivos apresentados), a investigadora, preparou o palco de acção, reunindo com os enfermeiros chefes e responsáveis pela formação em serviço, apresentando formalmente os objectivos e interesse do estudo para a instituição e para os enfermeiros, evidenciando a importância da definição de propostas de intervenção, para melhoria da gestão da formação contínua dos enfermeiros, baseadas em factos e evidências concretas, descritos pelos próprios enfermeiros, de acordo com as suas vivências particulares.

Justificada a selecção do terreno de pesquisa, apresentam-se as variáveis consideradas imprescindíveis para alcançar os objectivos propostos no estudo, de forma a desenvolver uma estratégia de intervenção organizacional, na área da gestão da formação, adequada ao diagnóstico de situação e realidade Sócio-Organizacional concreta.

5.2 – VARIÁVEIS DE ESTUDO

As variáveis, segundo Ribeiro (2008:36), “ (...) Constituem um elemento central, dado ser à volta delas que se estrutura a investigação.” Segundo Fortin (2000), são propriedades, qualidades ou características das pessoas ou situações que são estudadas.

As variáveis definidas foram agrupadas em dimensões, para facilitar a obtenção e tratamento dos dados necessários para responder aos objectivos do estudo. Inicialmente começou-se por caracterizar a amostra seleccionada através do seguinte conjunto de variáveis:

I – Dados Pessoais:

- Sexo;
- Idade;

II – Dados Profissionais:

- Habilitações Profissionais;
- Tempo de exercício profissional;
- Tempo de exercício profissional na instituição;
- Tempo de exercício profissional no actual serviço;
- Categoria profissional;
- Tempo de exercício na categoria profissional.

Caracterizada a amostra de estudo, definiram-se as variáveis que permitiam avaliar a forma como era gerida e desenvolvida a formação continua nos serviços de prestação de cuidados de enfermagem na organização, à luz das orientações definidas e regulamentadas na organização, decorrentes das directrizes da tutela e baseadas no conhecimento e competências científicas e pedagógicas necessárias à gestão da formação.

Assim, as variáveis que permitem medir a qualidade da formação, conhecimento e desempenho dos responsáveis pelo desenvolvimento da formação contínua, motivação e



importância atribuída pelos enfermeiros à formação, como forma de melhoria de competências, foram agrupadas da seguinte forma:

III – Variáveis referentes à avaliação do impacto da formação em serviço:

Com o 3º grupo de variáveis pretendeu-se conhecer o número de acções de formação frequentadas durante o ultimo ano e de entre as frequentadas, solicitou-se a identificação da acção de formação que mais correspondeu às necessidades formativas do enfermeiro. A partir da acção de formação referenciada, solicitou-se informação sobre a forma como mobilizou os conhecimentos aprendidos. Tendo como ponto de partida as referências bibliográficas sobre os objectivos e impacto da formação contínua, pretendeu-se recolher informação sobre:

- Número de acções de formação frequentadas durante o ano 2006 a Maio 2007;
- Identificação da acção de formação que mais respondeu às necessidades formativas no período compreendido;
- Mobilização de conhecimentos/competências ou aplicação de técnicas antes de ter assistido à acção de formação;
- Oportunidade de utilizar os conhecimentos, competências e/ou técnicas aprendidas após a AF;
- Utilização dos conhecimentos, competências e/ou técnicas aprendidas na formação;
- Nível de confiança perante a mobilização de conhecimentos, competências e/ou técnicas aprendidas;
- Adequação da acção de formação aos conhecimentos e competências que é necessário mobilizar habitualmente no serviço;
- Acesso aos recursos necessários (ex: equipamento/material/ condições de estrutura e ambiente favorável) para aplicar os conhecimentos, competências e/ou técnicas no local de trabalho;
- Ajuda/ apoio (tutoring) para aplicar os conhecimentos e/ou técnicas aprendidas no local de trabalho;
- Responsabilidade para partilhar conhecimentos, competências e/ou técnicas aprendidas e divulgação de informação com os colegas;
- Utilização do feedback positivo e negativo durante a aplicação dos conhecimentos, competências e/ou técnicas aprendidas pela formação, no local de trabalho;
- Contributo da acção de formação para a melhoria do desempenho;

- Influencia do resultado da acção de formação no comportamento, desempenho e motivação para desenvolver continuamente as competências;
- Quem incentivou à inscrição nas Acções de Formação;
- Factor que motivou à inscrição em Acções de Formação;

IV – Variáveis referentes à Participação/colaboração do enfermeiro na formação em serviço:

O 4º grupo pretendeu conhecer o nível e dimensão da participação e colaboração do enfermeiro na formação contínua desenvolvida no serviço, através das seguintes variáveis:

- Existência de enfermeiro responsável pela formação em serviço;
- Solicitação de colaboração do enfermeiro da prestação de cuidados no levantamento de necessidades formativas do serviço;
- Razão para a não colaboração com o enfermeiro responsável pela formação em serviço no desenvolvimento da formação em serviço;
- Conhecimento do plano de formação delineado para o serviço;
- Participação nas acções de formação em serviço, no geral;
- Participação nas acções de formação que decorrem durante o horário de trabalho;
- Participação nas acções de formação que decorrem em horário extra laboral;
- Participação nas acções de formação que respondem às necessidades formativas do próprio;
- Participação nas acções de formação como Formador;
- Participação activa no desenvolvimento de procedimentos/projectos no serviço;
- Participação na implementação de procedimentos/projectos no serviço quando solicitado;
- Conhecer se existe uniformização de critérios de actuação após formação sobre novos procedimentos/ técnicas;
- Participação na realização de estudos de caso no serviço;
- Opinião sobre autoformação;
- Participação nas acções de formação/cursos organizados pelo Centro de Educação e Formação (CEF) da instituição;
- Participação nas acções de formação e cursos quando é permitido gozo de dispensa de serviço.

V – Opinião sobre a qualidade da Formação em Serviço:

Com este grupo pretendeu-se conhecer a opinião dos enfermeiros sobre a forma como o enfermeiro responsável pela formação desenvolve a formação contínua em serviço, através das seguintes variáveis:

- O enfermeiro responsável pela formação dinamiza e motiva a equipa para cumprir os prazos do plano de formação;
- O enfermeiro responsável pela formação dinamiza os grupos de trabalho com vista a cumprir prazos para implementação de projectos;
- Os formadores dominam bem as temáticas abordadas;
- O enfermeiro responsável pela formação domina o manuseamento de meios audiovisuais;
- O enfermeiro responsável pela formação domina técnicas pedagógicas e de dinâmica de grupos;
- O serviço tem condições estruturais para se realizarem formações com qualidade;
- É efectuada avaliação da qualidade da formação pelos enfermeiros participantes;
- Existe um processo de avaliar a implementação dos procedimentos e dos resultados dessa formação, na prestação de cuidados e desenvolvimento de competências dos enfermeiros;
- A formação em serviço incide sobre as necessidades específicas do serviço, relacionadas com técnicas e procedimentos inovadores;
- As Acções de formação contemplam o manuseamento de nova tecnologia;
- A formação em serviço contempla estratégias de motivação para a mudança e informação sobre projectos de melhoria contínua da Qualidade;
- Existência de material, equipamento e tecnologia para desenvolver as competências específicas exigidas no serviço;
- O enfermeiro responsável pela formação em serviço tem boa relação com a equipa de enfermagem;
- O enfermeiro responsável pela formação em serviço tem boa relação com a equipa multidisciplinar;
- O enfermeiro responsável pela formação estimula e envolve a equipa multidisciplinar nas acções de formação em serviço;
- O enfermeiro chefe/coordenador propõe a participação em acções de formação com base na avaliação de desempenho.

VI – Importância atribuída à Formação Contínua em Serviço

Com o 6º grupo pretendeu-se conhecer a importância atribuída pelos enfermeiros de cuidados gerais à formação contínua como factor de desenvolvimento de competências, quais os conhecimentos que possuem e se estão motivados para a formação contínua. Estas variáveis serviram para dar resposta ao diagnóstico de necessidades do núcleo de formação em enfermagem, conhecendo:

- Importância atribuída à formação em serviço, como factor de desenvolvimento de competências;
- Detenção de conhecimentos técnicos actualizados;
- Existência de conhecimentos científicos que fundamentem a forma como o enfermeiro desenvolve a actividade diária;
- Competências/conhecimentos que possui para prestar cuidados à população multicultural;
- Motivação para investir na formação contínua.

Este conjunto de variáveis procurou compreender três dimensões do fenómeno da gestão da formação dos enfermeiros:

- A adequação da formação às necessidades formativas dos enfermeiros;
- O papel do enfermeiro responsável pela formação e a forma como desenvolve o processo do ciclo formativo;
- O impacte da formação na mobilização de conhecimentos, habilidades e desenvolvimento de competências dos enfermeiros.

O último grupo de questões, pretendeu conhecer a importância atribuída à formação, a motivação para participar na formação e opinião sobre o nível de conhecimentos detidos, pelos próprios enfermeiros, de forma a adequar a estratégia de intervenção Sócio-Organizacional, na área da gestão de competências dos enfermeiros, pela formação contínua.

5.3 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

O tipo de estudo orienta para o instrumento de colheita de dados a adoptar. Face à temática abordada e dimensão da problemática, optou-se pela aplicação de um questionário estruturado com perguntas fechadas porque como refere Fortin (2000:249) o questionário “ (...) ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa.”

Para Gil (2007:128):

Pode-se definir questionário como a técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objectivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas etc.

Na opinião de Gil (2007), o questionário apresenta vantagens e limitações. Como vantagens possibilita atingir o número elevado de pessoas, mesmo quando dispersas, implica menores custos e permite garantia do anonimato das respostas.

Não tendo encontrado estudos sobre diagnóstico de situação, do processo de desenvolvimento da formação em organizações hospitalares, nomeadamente no que concerne o grupo profissional de enfermagem, ou instrumentos de colheita de dados que obedecessem aos objectivos do presente estudo e incorporassem as funções e actividades a desenvolver durante as fases de planeamento, desenvolvimento, organização e avaliação da formação. Construiu-se o instrumento de colheita de dados, com base nas referências de autores sobre as fases do ciclo formativo, nas orientações emanadas pelo Departamento de Modernização dos Recursos Humanos (2005), do Ministério da Saúde para o Processo de Acreditação das Entidades Formativas Públicas, nos objectivos do estudo, tendo em conta a especificidade da formação em serviço desenvolvida na instituição hospitalar e na experiência pessoal e profissional da investigadora, como coordenadora do núcleo de formação e investigação da organização hospitalar em estudo.

Segundo as referências de Hill e Hill (2002:69), deve ser elaborado um questionário novo “quando a investigação principal tem como objectivo a confirmação, ou a extensão de um trabalho na literatura e não existe um questionário adequado à investigação.”

5.3.1 – Construção do Instrumento de Colheita de Dados

O questionário foi concebido à luz das orientações incluídas no Dossier da Formação dos enfermeiros responsáveis pela formação em serviço – o manual de orientação da formação em serviço dos enfermeiros, validado pela Direcção de Enfermagem e construído por um grupo de enfermeiros da instituição em 2001, revisto em 2003 e 2006; das funções delineadas institucionalmente para o enfermeiro responsável pela formação em serviço; nas orientações do sistema de acreditação para as unidades formativas públicas e revisão bibliográfica sobre condução da formação, mais especificamente, na obra de Ian Mackay (35 questionários de gestão de recursos humanos: 2000) e Kimberley Hare e Larry Reynolds (Instrumentos para transformar a formação: 2003).

Pelo facto do instrumento de colheita de dados, incluir apenas perguntas fechadas, foram tidas em consideração as problemáticas, percepções e opiniões diversas, manifestadas informalmente ao longo de anos pelos enfermeiros da instituição, sobre a formação contínua desenvolvida nos serviços. Como Coordenadora do Núcleo de Formação e investigação em enfermagem, a investigadora, deparou-se com diferentes conceptualizações do ciclo formativo, falta de uniformização nos processos de condução e concretização da formação, deficiências na transmissão de informação e teve necessidade em efectuar um diagnóstico da situação para conhecer o estado da arte da qualidade da formação contínua desenvolvida nos serviços. Com o intuito de saber como se desenvolvia a formação contínua em serviço e concomitantemente como se processavam as fases de desenvolvimento dos projectos de qualidade, para perceber em que fase da cadeia para uma cultura de qualidade residia a problemática, segundo as perspectiva dos enfermeiros da prestação de cuidados.

Assim, com vista a analisar as percepções dos enfermeiros sobre a realidade da formação contínua desenvolvida em serviço pelos enfermeiros da instituição hospitalar, o instrumento de colheita de dados foi estruturado da seguinte forma:

→ 66 Questões, agrupadas em cinco grupos major:

I – Caracterização da amostra;

II – Avaliação da percepção do impacte da formação em serviço;

III – Participação/colaboração na formação em serviço;

IV – Opinião sobre a qualidade da formação em serviço;

V – Importância atribuída à formação contínua em serviço.

O grupo I – Caracterização da amostra: incluía 8 questões, sobre os dados pessoais – sexo e idade; dados profissionais – habilitações profissionais, tempo de exercício profissional, tempo de exercício profissional na instituição, tempo de exercício profissional no actual serviço, categoria profissional e tempo na categoria profissional.

O grupo II – Continha 19 questões; catorze das quais obedeciam a critérios de respostas alternativas medidas através da escala de Likert, com seis níveis de avaliação: não se aplica, Nunca ou muito raramente, poucas vezes, algumas vezes, frequentemente e sempre; numerados de 0 a 5.

Como ponto de referência foi solicitado aos respondentes que se reportassem à acção de formação “que mais deu resposta às suas necessidades formativas/deficit de conhecimentos”, entre as acções de formação participadas no período compreendido entre 2006 a Maio de 2007.

O grupo III – Pretendeu analisar a participação/colaboração dos enfermeiros da prestação de cuidados na formação em serviço. Questionava a existência de enfermeiro responsável pela formação no serviço, como estatuído pela legislação; a colaboração dos enfermeiros da prestação de cuidados no diagnóstico de necessidades formativas do serviço; conhecimento do plano de formação do serviço pelo enfermeiro. Doze questões foram agrupadas para analisar o grau de participação e determinantes da participação dos enfermeiros na formação em serviço, com recurso a respostas alternativas, através da escala de Likert com 6 níveis (3 negativos: não se aplica, nunca ou muito raramente e algumas vezes; e 3 positivos: algumas vezes, frequentemente, sempre).

O grupo IV – Contribuiu para conhecer a percepção/opinião dos enfermeiros sobre a qualidade da formação desenvolvida no serviço. As dezasseis questões do grupo pretenderam conhecer como era desenvolvido e implementado o plano de formação do serviço e quais as competências genéricas e específicas manifestadas pelo enfermeiro responsável pela formação, do ponto de vista do enfermeiro usuário da formação.

O V e último grupo de questões (5 questões), pretendia conhecer a importância da formação como factor de desenvolvimento de competências, percepcionadas pelo enfermeiro da prestação de cuidados, assim como, conhecer a autopercepção de cada enfermeiro sobre os conhecimentos e competências que possuem e a motivação para aprender.

A folha de rosto do questionário informava sobre o objectivo do estudo, a composição e estrutura do questionário, considerações éticas e de garantia do anonimato, demora média para preenchimento e contextualização da escolha do tema.

5.3.2 – Validade e Fidelidade do Instrumento

Para Gil (2007:150) a validade “refere-se ao facto do teste medir realmente aquilo a que se propõe.” Uma vez que a validação por intermédio de técnicas que envolvam outras pessoas como a de “Júri” ou de “grupos conhecidos”, como corrobora Gil (2007), apresentam dificuldades porque tanto a escolha das pessoas como os julgamentos e percepções das mesmas correm o risco de subjectividade. Assim, deve-se recorrer a testes teóricos, pois segundo Gil (2007:151), “Estes procedimentos, (...) que são baseados essencialmente na experiência, são de natureza lógica, porque se reportam a fundamentação teórica.”

Também ara Ribeiro (2008:60):

É suposto que os dados sejam precisos, ou seja que os resultados a que se chega sejam, garantidamente, os resultados exactos que é possível alcançar com tal desenho de investigação e não outros e que a sua aplicação a esta população seja, também verdadeira. Toda e qualquer investigação devem garantir, (...) a validade de construto do desenho de investigação; a validade interna do desenho de investigação e a validade externa do desenho de investigação.

Gil (2007) diferencia a importância, em ciências sociais, de se validar tanto o conteúdo como o “construto”, baseando-se na teoria de Van Kolck (1975:19), uma vez que para este autor, validar o conteúdo consiste em “mostrar que os itens do teste são amostras do universo no qual o investigador está interessado” e a validação do “construto” investiga as qualidades psicológicas medidas pelo teste. Ou seja, de acordo com (Gil, 2007:151), validar o conteúdo “Indica até que ponto o teste representa bem o tipo de situação estudada e assim pode ser considerado válido como amostra.” Enquanto a validação do construto, “Procura verificar a extensão em que o teste mede um definido “construto”, ou seja o atributo humano que se supõe reflectido na realização do teste”.

Nesta investigação foram tidos em consideração estes critérios, recorrendo-se tanto à técnica teórica como a de “Juiz”. Durante a elaboração do questionário foi tida em consideração

revisão bibliográfica diversificada sobre a problemática em estudo e legislação, documentos e manuais existentes sobre a área de estudo. O questionário foi sujeito a um estudo preliminar pela investigadora, para verificar a sua relevância, clareza e compreensão das perguntas, preocupando-se em respeitar as sugestões informais de alguns enfermeiros que apontavam como critério fundamental para responderem ao questionário, não haver questões abertas e ser pouco extenso. Após a sua elaboração, foi solicitada a colaboração de dois enfermeiros peritos na área – a Enfermeira Directora da Instituição e a Enfermeira que exerceu funções como coordenadora do Núcleo de Formação e Investigação em Enfermagem da instituição até Março de 2007. Não suscitando dúvidas quer sobre a estrutura, significado ou pertinência das questões, aplicou-se um pré teste a uma amostragem aleatória do universo da amostra. Foram distribuídos questionários a doze enfermeiros da prestação de cuidados, pertencentes a diferentes serviços escolhidos de forma aleatória.

Por não suscitarem dúvidas de interpretação, respeitarem os critérios de anonimato e responderem aos objectivos da investigação, os questionários foram incluídos no estudo.

Assim, os questionários foram distribuídos no período de 15 de Junho a 30 de Julho de 2007, para permitir a inclusão da totalidade da amostra legível, pelo facto de ser um período de férias de verão.

Relativamente à fidelidade do instrumento de colheita de dados, ou seja, no que concerne a precisão e constância dos resultados fornecidos pelo instrumento (Fortin:2000), recorreu-se ao *Alpha* de *Cronbach*, de forma a estudar as propriedades das escalas de medida utilizadas e as variáveis que as compunham, uma vez que este modelo de análise mede a fidelidade ou consistência das respostas a um conjunto das variáveis correlacionadas entre si, ou seja, verifica como um conjunto de variáveis representam uma determinada dimensão.

Neste teste um valor de Coeficiente de fidelidade de 0,80 ou mais, é considerado como aceitável na maioria das aplicações sociais, visto que uma consistência interna Muito Boa, corresponde a valor de α superior a 0,9, Boa entre 0,8 e 0,9 e razoável para um valor de α entre 0,7 e 0,8 (Pestana & Gageiro: 1998, 2005).

Relativamente ao instrumento de colheita de dados utilizado, foram analisadas as respostas obtidas nas escalas de likert utilizadas no questionário e verificou-se que relativamente ao Grupo II – *Avaliação da percepção sobre o impacte da formação em serviço*, nas questões 12 a 25 se obteve um valor de consistência interna de *Alpha* de 0,875, significando existir uma Boa fidelidade no que concerne a dimensão medida por todas as variáveis. Para as questões 34 a 45 obteve-se um valor de *Alpha* de 0,843, confirmando-se que as variáveis

utilizadas medem eficazmente a dimensão – *Participação/colaboração na formação em serviço*. Enquanto que o valor de *Alpha* obtido para medir os dados das questões 46 a 61 é de 0,917, demonstrando ser um valor Muito Bom, confirmando a unidimensionalidade do Grupo IV – *Opinião sobre a qualidade da Formação em serviço*.

5.4 – LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Durante o início da investigação, a investigadora enfrentou algumas contingências que determinou a reestruturação do estudo.

O Conselho de Administração da organização hospitalar, durante um período superior a um ano esteve em regime de gestão corrente, tendo sido reconduzido após a realização da colheita de dados. As constantes alterações ao nível das políticas de administração das instituições de saúde pode implicar alterações e perturbações na sua estrutura, processo de decisão, cultura e de gestão, estando-se a vivenciar à época um período de instabilidade, incertezas e desmotivação dos profissionais.

As limitações temporais e de estrutura desta investigação foram difíceis de gerir, porque a instituição encontrava-se num período de mudança continuo na procura da melhoria continua da qualidade, pelo que os enfermeiros estavam envolvidos em vários projectos na área da qualidade e como tal as solicitações e carga de trabalho não foram facilitadoras para a investigação.

A sobrecarga de trabalho, associada ao período de redução de pessoal (por férias, ausências por doenças e dotação de pessoal no limite inferior de necessidades para os serviços, por contingência políticas), solicitação de colaboração dos enfermeiros na monitoria de alunos em ensino clínico (no período de Junho/Julho 2007, estavam presentes 67 alunos em ensino clínico em simultâneo na instituição) e em estudos académicos de licenciatura e pós-licenciatura em enfermagem, contribuíram para as justificações que os enfermeiros forneceram para não responderem ao questionário, por – não terem “tempo”; ou não estarem motivados para responder porque “nada mudava”.

A solicitação ao preenchimento deste questionário, apesar de pretender ter resultados práticos e justificar as estratégias de intervenção a implementar, uma vez que pretendia conhecer a realidade percebida pelos enfermeiros relativamente à formação desenvolvida, de forma a introduzir propostas de melhoria com base na evidência, não

obteve por parte dos enfermeiros a motivação e empenho esperado para responderem unanimemente aos objectivos do estudo.

Nas três semanas propostas para preenchimento dos questionários, foram apenas entregues 50 questionários. A deslocação aos serviços e contacto com os enfermeiros, como forma de incentivo à participação no estudo, permitiu perceber a existência de uma situação problemática que se prendia com a ideia que o questionário servia o propósito de avaliar os resultados dos serviços. Isto porque a investigadora poderia identificar facilmente os respondentes e disponibilizar os resultados para efeitos avaliativos dos serviços à Direcção de enfermagem.

Perante esta realidade, foi desenvolvido um esforço acrescido pela investigadora, no sentido de desfazer o mal entendido, comunicando de forma assertiva os efectivos objectivos do estudo, desmistificando as ideias preconcebidas, lembrando o código deontológico da profissão e as questões éticas associadas a qualquer processo de investigação. Para isso, reuniu individualmente com os enfermeiros chefes/coordenadores, responsáveis pela formação e enfermeiros da prestação de cuidados gerais dos serviços onde surgiu a situação problemática, tendo sido entregues envelopes para os enfermeiros colocarem e selarem os questionários respondidos, de forma a não poderem ser lidos pelos pares, enfermeiros responsáveis pela formação ou mesmo superiores hierárquicos dos enfermeiros, uma vez que esta era outra situação constrangedora à livre resposta.

Após prolongar em duas semanas o prazo de entrega dos questionários, foram obtidas 208 respostas, ou seja, 49,76% da amostra inicial dos enfermeiros da prestação de cuidados, responderam aos questionários.

5.5 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Ética é a teoria que percorre o itinerário desde a interioridade do agir para a sua “fundamentação”, ao passo que a moral analisa o percurso que vai da heteronomia do agir e da sua institucionalização para a compreensão da sua normatividade ou “legalidade”. A moral estuda assim a relação entre a lei moral e a autonomia do agir, aplicando esta relação entre a lei moral e a autonomia do agir, aplicando esta relação à multiplicidade dos casos que surgem no decurso da existência.

(Isabel e Michel Renaud, 1996)

Tendo como base o conceito, é fácil antever a razão pela qual qualquer investigação efectuada com seres humanos levanta questões éticas e morais e hoje mais do que nunca as questões éticas que se colocam, são diversificadas, face ao avanço tecnológico e científico. Segundo Fortin (2000:113), “Os conceitos em estudo, o método de colheita de dados e a divulgação de certos resultados de investigação podem, bem entendido, contribuir para o avanço dos conhecimentos científicos, mas também lesar os direitos fundamentais das pessoas.” Pelo que em concordância com Ribeiro (2008:155), se considera que “os aspectos éticos são decisivos em investigação. Sem um código de ética que aponte limites oriente os passos da investigação é a própria investigação que fica em causa.”

Durante esta investigação foram tomadas todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades dos sujeitos que participaram na investigação. Os princípios de autodeterminação, direito à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade e de tratamento justo e equitativo foram tidos em consideração ao longo do percurso da investigação.

Foram respondidas todas as dúvidas sobre a pertinência e objectivos da investigação e garantia de sigilo e anonimato sobre os dados contidos.

Foi solicitada autorização à Administração Hospitalar para a realização do estudo. Por envolver questões relacionadas com a actividade laboral de profissionais da instituição e estar direccionado aos profissionais de enfermagem, o Conselho de Administração autorizou o estudo, salvaguardando a livre escolha e autodeterminação de cada enfermeiro em ser incluído no estudo.

Dispensou-se o consentimento informado pelo anonimato dos questionários, no entanto os questionários continham informação sobre o objectivo do estudo e identificação da autora. Paralelamente a investigadora informou pessoalmente os enfermeiros chefes sobre os conteúdos do questionário, o objectivo e pertinência do mesmo para a própria, a instituição e próprios enfermeiros, o tempo em média dispendido pelo grupo teste no preenchimento do questionário, disponibilizando-se para clarificar eventuais dúvidas. Apesar do apelo à participação no estudo, ficou evidente ser de carácter voluntário, podendo o participante desistir ou recusar participar evitando constrangimentos para o próprio. O direito dos participantes conhecerem os resultados do estudo será assegurado através da divulgação aos enfermeiros chefes, responsáveis pela formação e todos os enfermeiros interessados, para além da entrega de cópia da dissertação no serviço de documentação e biblioteca da instituição.

5.6 - PROCEDIMENTO

A informação após recolhida foi processada e analisada, uma vez que considerada por si só não respondia às perguntas de investigação. Para esta abordagem, o tratamento e análise dos dados foram processados informaticamente através do programa estatístico SPSS versão 15 e 16 (Statistical Package of Social Sciences). Este programa permite registar e analisar os dados quantitativos recolhidos, estudar a relação entre as variáveis, facilitando o tratamento e interpretação da informação recolhida.

Para o tratamento estatístico dos dados recorreu-se à estatística descritiva e não paramétrica, uma vez que a maioria das variáveis é de escala ordinal.

Recorreu-se à estatística indutiva para averiguar quanto à existência de diferenças significativas entre algumas variáveis. A análise factorial exploratória permitiu reduzir e apurar através da simplificação dos dados, o número de variáveis necessárias para descrever a dimensão dos dados, facilitando a interpretação dos resultados encontrados.

5.6.1 – Tratamento e Análise de Dados

Dado o anonimato dos respondentes, os questionários foram numerados de forma a facilitar a organização dos dados.

Torna-se pertinente referir que o estudo inicial incluía questionários direccionados aos enfermeiros responsáveis pela formação em serviço (Questionário A) e enfermeiros chefes/coordenadores de serviço (Questionário C), por esse motivo o questionário aplicado aos enfermeiros da prestação de Cuidados, está identificado como questionário B.

Por a amostragem de enfermeiros Responsáveis pela formação e enfermeiros chefes ser inferior a 30, não foram incluídos no estudo devido a não apresentarem dados estatisticamente significativos.

Na estatística indutiva, utilizou-se o método de correlação, para averiguar a existência de associação entre as diversas variáveis, relativamente à importância atribuída à formação continua como factor de desenvolvimento de competências e motivação para participar na formação contínua em função da faixa etária, sexo, habilitações profissionais, tempo de exercício profissional e categoria profissional. Procedeu-se ainda à análise factorial

exploratória com o intuito de simplificar os dados, através da redução do número de variáveis necessárias para os descrever.

De referir que a significância dos testes efectuados foi aceite para $p < 0.05$.

5.7 – POPULAÇÃO E AMOSTRA

Para Fortin (2000:133), “A descrição da população e da amostra fornece uma boa ideia sobre a eventual generalização dos resultados. Para além disso as características da população definem o grupo de sujeitos que serão incluídos no estudo e precisam os critérios de selecção”.

Ribeiro (2008) citando Norusis (1991), designa por população as pessoas ou objectos acerca dos quais pretende produzir conclusões. Gil (2007:99), designa universo ou população como “(...) um conjunto definido de elementos que possuem determinadas características.” Como amostra (Gil; 2007:100), “Um subconjunto do universo ou da população, por meio do qual se estabelecem ou se estimam as características desse universo ou população.”

A população engloba todos os enfermeiros que desempenham funções em instituições hospitalares nacionais, com tempo de exercício profissional superior a 3 meses.

O processo de amostragem, como refere Ribeiro (2008:41; citando Smith, 1975), permite geralmente reduzir custos, recursos humanos, recolher informação mais rapidamente e obter dados mais compreensivos. Perante o universo abrangido e tendo em conta as limitações temporais, económicas e humanas do estudo, foi seleccionada uma amostra não probabilística, limitando-se a população à totalidade dos enfermeiros de uma instituição hospitalar nacional pública, da Sub-Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Como refere Gil (2007:101), a amostragem não probabilística apesar de não apresentar “fundamentação matemática ou científica, dependendo unicamente dos critérios do pesquisador. (...) Todavia apresentam algumas vantagens, sobretudo no que se refere ao custo e ao tempo despendido.”

Assim, a amostra seleccionada com base nos critérios de inclusão predefinidos por conveniência da investigadora, é constituída por 464 enfermeiros que desempenham funções na instituição em estudo, por um período de tempo não inferior a 3 meses. Do total de enfermeiros do Hospital, dezassete são responsáveis pelo desenvolvimento da formação em serviço, vinte e um enfermeiros chefes/coordenadores de serviço, quatro constituem comissões hospitalares como CCIH (dois enfermeiros); Cuidados Continuados (um

enfermeiro) e Coordenação do núcleo de Formação e investigação em enfermagem do Hospital (um enfermeiro). Quatrocentos e vinte e dois enfermeiros são responsáveis pela prestação de cuidados, independentemente do seu grau académico ou profissional, ou eventual particularização de funções ou vínculo à instituição.

Relativamente aos quatrocentos e vinte e dois enfermeiros da prestação de cuidados, foram ainda estabelecidos alguns critérios de elegibilidade para inclusão no estudo:

- Possuir mais de 3 meses de exercício de funções e terem participado em pelo menos uma acção de formação em serviço

- Os enfermeiros que integram comissões da instituição e que não estão inseridos em serviços de internamento, urgência, ambulatório ou hospitais de dia, foram excluídos. O que correspondeu a dois enfermeiros da CCIH, um enfermeiro que integra a comissão de gestão de altas, a enfermeira coordenadora do Núcleo de Formação e Investigação em Enfermagem, os dois enfermeiros que integram o staff do serviço de Imunohemoterapia, dois enfermeiros do serviço de apoio à Esterilização, três enfermeiros da Unidade de Exames Especiais e os respectivos enfermeiros chefes destes serviços; no total de dois, uma vez que um dos enfermeiros chefes, é responsável por dois serviços. Estes dois serviços foram excluídos por não desenvolverem formação em serviço estruturada.

E um por o enfermeiro estar envolvido na investigação.

Assim a amostra de estudo abrangeu:

- 418 Enfermeiros responsáveis pela Prestação de Cuidados Gerais.

Da totalidade da população de estudo, duzentos e oito enfermeiros da prestação de cuidados responderam e entregaram os questionários, sendo esta a amostra de investigação.

5.8 – CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DE ESTUDO

Os 208 (49,05%), enfermeiros de ambos os sexos que integraram o estudo, desempenham funções de prestação de cuidados gerais nas seguintes valências em funcionamento na organização hospitalar em estudo: Urgência Geral, Urgência Pediátrica, Bloco Operatório, Urgência Obstétrica e Ginecológica, Consultas Externas, Unidade de Cuidados Intensivos, Psiquiatria, Unidade Oncológica, Cardiologia, Pneumologia e UF Oncologia, Medicina I e II (actualmente Medicina Geral), Cirurgia I e II (actualmente Cirurgia Geral), Urologia,

Ortopedia, Cirurgia do Ambulatório, Pediatria, Obstetrícia, Ginecologia UF Otorrinolaringologia, Oftalmologia e dermatologia.

Em termos de caracterização da amostra contemplaram-se os dados pessoais (sexo e idade) e os dados profissionais (habilitações profissionais, categoria profissional, tempo de exercício profissional, tempo de exercício na actual instituição, no actual serviço e na categoria), bem como outros aspectos relacionados, tal como se pode observar nas tabelas seguintes.

Caracterização da amostra:

Tabela n.º1 – Distribuição da amostra segundo o sexo

Sexo	N	%
Feminino	182	87,9
Masculino	25	12,1
Total	207	100
Não resposta	1	

Como se pode ver na tabela apresentada, a amostra é constituída por 208 sujeitos, 182 (87,9%) são do sexo feminino e 25 (12,1%) do sexo masculino. Como se pode verificar existe uma distribuição desequilibrada em função do sexo, sendo que a maioria bastante significativa é do sexo feminino (87,9%). O que consubstancia a realidade concreta e a bibliografia consultada que atribui à enfermagem uma concentração maioritariamente feminina de 90% (Morrow et al. citados por Moreira, 2000), uma vez que a profissão de enfermagem está associada a um passado sob influência das ordens religiosas, como referido por (Nogueira, 1990: 135) e Oliveira (2006:185).

Tabela n.º2 – Estatísticas descritivas da idade

	Média	Desvio Padrão	Idade Mínima	Idade Máxima
Idade	35,49	9,36	22	68

Quanto à idade, criaram-se classes para facilitar a apresentação e compreensão dos dados. Como se pode observar pela tabela 2, em relação à idade dos indivíduos, estas variam entre

22 e 68 anos, com uma média de 35,49 e desvio padrão de 9,36 anos. Constatando-se ser uma equipa jovem.

Tabela n.º 3 – Distribuição de frequências absolutas de acordo com a classe etária

Classe Etária	N	Percentagem
< 25 anos	32	15,7%
≥25 e <30 anos	32	15,7%
≥30 e <35 anos	36	17,6%
≥35 e <40 anos	28	13,7%
≥40 e <45 anos	40	19,6%
≥45 e <50 anos	18	8,8%
≥50 e <55 anos	13	6,4%
≥55 anos	5	2,5%
Total	204	100%
Não respostas	4	

Através da Tabela n.º 3, pode-se verificar ainda que a maioria dos indivíduos da amostra têm idades compreendidas entre os 40 e os 45 anos, mas distribuem-se de uma forma equilibrada pelas diferentes classes (inferiores a 45 anos). Segundo Bancalheiro (2006), estamos perante uma organização com uma “estrutura comercial” bastante jovem, no que concerne o grupo profissional de enfermagem, onde 168 enfermeiros (81%) estão abaixo dos 45 anos e destes, 100 enfermeiros tem ainda idade inferior a 35 anos (48%).

Tabela n.º 4 – Distribuição das frequências quanto às habilitações profissionais

	Bacharelato	Licenciatura	Especialista	Pós-Graduação	Mestrado
Indivíduos	33,7%	57,1%	5,9%	2,9%	0,5%

No que concerne as habilitações profissionais pode-se observar que a maioria dos enfermeiros inquiridos possuem licenciatura (57,1%), 5,9% são licenciados com especialidade em enfermagem e 0,5% dos inquiridos possuem mestrado. Verificando-se,

apesar de tudo, existir ainda uma percentagem significativa de enfermeiros com bacharelato (33,7%). Quanto a esta questão existiram 3 não respostas. O que denota uma percentagem bastante baixa de enfermeiros com especialização em enfermagem relativamente aos enfermeiros generalistas. De referir que foram considerados enfermeiros especialista, todos os enfermeiros que possuíam curso de especialização em enfermagem, independentemente de deterem a categoria profissional de enfermeiro especialista ou enfermeiro graduado, uma vez que este critério tem implicações apenas remuneratórias e de título profissional, mas não funcional. O facto de existirem enfermeiros com bacharelato (33,7%) e outros com licenciatura (57,1%), está relacionado com a reestruturação da carreira de enfermagem. Através do D. L. N° 490/88 de 23 Dezembro regulamentado pela Portaria n° 65-A/90 de 26 de Janeiro, o ensino de enfermagem foi integrado no ensino superior politécnico sendo atribuído ao enfermeiro o grau de bacharel em enfermagem. O D. L. N° 353/99 de 3 de Setembro, veio aprovar o curso de Licenciatura em Enfermagem, o Curso Pós-Licenciatura de especialização em enfermagem e o Curso de Complemento de Formação, possibilitando aos enfermeiros que frequentam este complemento de formação, a transição de enfermeiro bacharel para enfermeiro licenciado.

Tabela n.º 5 – Distribuição da amostra segundo o tempo de exercício profissional (em anos)

Tempo de exercício profissional	N	Percentagem
< 3 anos	45	22%
≥3 e <5 anos	21	10,2%
≥5 e <10 anos	22	10,7%
≥10 e <15 anos	52	25,4%
≥15 e <20 anos	35	17,1%
≥20 e <25 anos	18	8,8%
≥25 e <30 anos	5	2,4%
≥ 31 anos	7	3,4%
Total	205	100%
Não respostas	3	

Pode-se verificar através da análise da tabela 5 que a maioria dos inquiridos apresenta um tempo de exercício profissional entre 10 e 15 anos (25,4%), seguidos de enfermeiros com tempo de exercício profissional inferior a 3 anos (22%). 17,1% dos enfermeiros têm tempo

de exercício profissional entre 15 e 20 anos e com experiência profissional respectivamente entre 5 e 10 anos e 3 e 5 anos encontram-se 10,7% e 10,2% dos enfermeiros inquiridos respectivamente. Quanto a esta questão existiram 3 não respostas. O que permite analisar estes dados segundo a classificação de Patrícia Benner. Significando haver um número significativo de enfermeiros com um nível de competência de iniciado a iniciado avançado que depende de supervisão e orientação de enfermeiros competentes. Enfermeiros competentes e proficientes encontram-se em igual percentagem. Constata-se assim, que apesar da maioria dos enfermeiros possuírem um tempo de exercício profissional superior a 10 anos (*proficiente*), logo em seguida (22, %) encontram-se ao nível de *iniciado*, seguidos dos enfermeiros *experientes* (20%), verificando-se que o diferencial é muito pouco significativo. Podendo considerar-se que os enfermeiros alvo do estudo, são um grupo de enfermeiros significativamente jovem no que respeita ao tempo de exercício de funções e que carece de supervisão e acompanhamento de enfermeiros *experientes* e estes por sua vez dos *proficientes* de acordo com a terminologia de Benner. Na perspectiva da gestão de recursos humanos segundo Bancalero (2006), pode-se considerar que esta estrutura (32% dos enfermeiros possuem menos de 5 anos de ligação à instituição e 11% menos de 10 anos) retrata uma organização jovem, que requer um esforço redobrado em termos de recrutamento, integração (especialmente na cultura da empresa) e desenvolvimento de competências.

Tabela n.º 6 – Distribuição da amostra segundo o tempo de exercício profissional na instituição (em anos)

Tempo de exercício profissional	N	Percentagem
< 3 anos	52	25,4%
≥3 e <5 anos	16	7,8%
≥5 e <10 anos	39	19%
≥10 e <15 anos	39	19%
≥15 e <20 anos	41	20%
≥20 e <25 anos	15	7,3%
≥25 e <30 anos	2	1,0%
≥ 31 anos	1	0,5%
Total	205	100%
Não respostas	3	

Consequentemente, a maioria dos inquiridos apresenta um tempo de exercício profissional na instituição inferior a 3 anos (25,4%), 19% há menos de 10 anos e 7,8% entre 3 e 5 anos. Quanto a esta questão existiram 3 não respostas.

Tabela n.º 7 – Distribuição da amostra segundo o tempo de exercício profissional no actual serviço (em anos)

Tempo de exercício profissional	N	Percentagem
< 3 anos	80	39%
≥3 e <5 anos	37	18%
≥5 e <10 anos	39	19%
≥10 e <15 anos	29	14,1%
≥15 e <20 anos	17	8,3%
≥20 anos	3	1,5%
Total	205	100%
Não respostas	3	

Através desta tabela constata-se que mais de metade dos inquiridos (57%) apresenta um tempo de exercício profissional no actual serviço de menos de 5 anos, dos quais 39% detém menos de 3 anos. O que é coincidente com o tempo de exercício profissional dos sujeitos de estudo, para além de se ter em linha de conta a política de mobilidade interna dos enfermeiros, que poderá explicar um tempo de permanência inferior a 5 anos no actual serviço de 57% da amostra, sendo inferior a 3 anos em 39% da amostra. O que implica um esforço redobrado em relação à integração no serviço e desenvolvimento de competências destes enfermeiros.

Relativamente, à categoria profissional vejamos como se distribuem os sujeitos:

Tabela n.º 8 – Distribuição das frequências quanto à categoria profissional

	Enfermeiro	Enfermeiro Graduado	Enfermeiro Especialista
Indivíduos	34,8%	60,9%	4,3%

Pode-se constatar pela tabela 8 que a maioria dos indivíduos possui a categoria profissional de enfermeiro graduado (60,9%), enquanto 9 são enfermeiros especialistas (4,3%). O que é compreensível se atender à carreira de enfermagem (enquanto funcionalismo público), em

que a categoria de enfermeiro graduado é atribuída após seis anos de exercício profissional com avaliações de desempenho satisfatórias. Já a categoria de especialista exige a abertura de concursos públicos com apresentação e discussão curricular, entre os enfermeiros que concluíram um curso de especialização em enfermagem, o que nos últimos anos tem sido bastante escasso. Pode-se verificar esta realidade através da tabela 4, em que relativamente às habilitações profissionais, 5,9% dos sujeitos possuem uma especialidade em enfermagem, enquanto que destes enfermeiros 1,6%, mantém a categoria de enfermeiro graduado. Quanto a esta questão existiu 1 não resposta.

Tabela n.º 9 – Distribuição da amostra de acordo com o tempo de exercício na categoria profissional

	Menos de 3 Anos	Entre 3 e 6 anos	Entre 6 e 9 anos	Entre 10 e 15 anos	Entre 15 e 20 anos	Entre 20 e 25 anos	Entre 25 e 30 anos	Mais de 30 anos
Indivíduos	28,5%	23,1%	21%	15,6%	9,7%	1,1%	0,5%	0,5%

A maioria dos enfermeiros inquiridos indicou um tempo de exercício na categoria profissional actual inferior a 3 anos (28,5%), sendo de realçar que mais de metade (51,6%) tem um tempo de exercício na categoria profissional inferior a 6 anos. Quanto a esta questão existiram 22 não respostas.

Em seguida procede-se à apresentação dos resultados obtidos através da investigação realizada.

6 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, apresentam-se os resultados obtidos através das respostas fornecidas pelos enfermeiros responsáveis pela prestação de cuidados gerais ao Questionário B, organizados em dimensões temáticas de forma a dar resposta ao seguinte problema da investigação:

- *Como é desenvolvida a formação em serviço dos enfermeiros da prestação de cuidados?*
- *Qual a percepção sobre o impacto da formação contínua no desenvolvimento de competências dos enfermeiros da prestação de cuidados?*

A ordem de apresentação dos resultados segue a cronologia das questões colocadas aos participantes, de forma a se perceber a problemática subjacente ao desenvolvimento da formação em serviço dos enfermeiros, na perspectiva da:

- *Avaliação da percepção sobre o impacto da formação em serviço;*
- *Participação/colaboração na formação em serviço;*
- *Opinião sobre a qualidade da formação em serviço;*
- *Importância atribuída à formação contínua em serviço.*

Inicia-se a apresentação dos resultados pela caracterização das variáveis de cada dimensão incluída no questionário, uma vez que são afinal de contas o objectivo geral desta investigação.

Avaliação da percepção sobre o impacto da formação em Serviço

Para contextualizar os resultados da formação contínua quer em termos de impacto na melhoria da prestação de cuidados ocorrida no serviço e no desenvolvimento de competências do formando, foi solicitado aos participantes no estudo que reflectissem sobre o planeamento da formação em serviço e as formações frequentadas, tendo como referência a formação que mais respondeu às suas necessidades formativas, em que medida contribuiu para o desenvolvimento de competências individuais e grupais e para a missão da organização e serviço. Para enquadrar as respostas questionou-se sobre o nº de formações

frequentadas no período dado e quais os conhecimentos adquiridos que mais responderam às necessidades de aprendizagem dos enfermeiros.

Em seguida, apresentam-se as tabelas de frequências e as estatísticas mais relevantes relativamente a este grupo de questões do questionário.

Tabela n.º 10 – Estatísticas descritivas do número de acções de formação

	Média	Desvio Padrão	Nº Mínimo de acções de formação	Nº Máximo de acções de formação
Nº de acções de formação	4,32	3,36	0	30

Verificou-se que os enfermeiros inquiridos frequentaram na sua grande maioria, acções de formação em serviço e apenas 3,4% não frequentaram nenhuma acção de formação. Ainda em relação ao número de acções de formação que frequentou, pode-se confirmar que estas variaram entre nenhuma e 30, cuja média é de 4,32 e desvio padrão de 3,36.

De referir ainda que 73,4% dos inquiridos frequentaram menos de 6 acções de formação, existindo 31 não respostas a esta questão.

De entre as acções que os enfermeiros frequentaram, destacam-se as seguintes acções de formação, por serem as que mais responderam às necessidades formativas dos enfermeiros:

- Infecção em contexto hospitalar
- SBV (Suporte Básico de Vida)
- SIV (Suporte Imediato de vida)
- Dor – 5º sinal vital
- Ventilação invasiva/Prestação de Cuidados de enfermagem ao doente ventilado
- CIPE

Através da análise à tipologia dos saberes adquiridos nas acções de formação frequentadas verifica-se que estes se incluem maioritariamente na mobilização de saberes técnicos e que à excepção da acção de formação sobre “Ventilação invasiva/prestação de cuidados de enfermagem ao doente ventilado”, as restantes acções de formação foram de carácter obrigatório, decorrentes de projectos de qualidade desenvolvidos na organização e no serviço.

Tabela n.º 11 – Distribuição da amostra de acordo com a percepção dos enfermeiros sobre o impacte e qualidade da formação.

Em que medida...	1	2	3	4	5	Total
12. Antes de ter assistido à acção de formação (AF) já tinha mobilizado conhecimentos, competências e/ou aplicado técnicas nessa área?	7 (3.5%)	13 (6.6%)	68 (34.3%)	97 (49.0%)	13 (6.6%)	198 (100%)
13. Após a AF, já teve oportunidade de utilizar os conhecimentos, competências e/ou técnicas que aprendeu?	8 (4.1%)	16 (8.1%)	43 (21.8%)	95 (48.2%)	35 (17.8%)	197 (100%)
14. Actualmente, utiliza os conhecimentos, competências e/ou técnicas que aprendeu quando desenvolve actividades nesta área?	7 (3.6%)	8 (4.1%)	33 (16.8%)	105 (53.6%)	43 (21.9%)	196 (100%)
15. Após a AF, a sua confiança aumentou perante a mobilização de conhecimentos, competências e/ou técnicas aprendidas?	7 (3.5%)	6 (3.0%)	36 (18.2%)	107 (54.0%)	42 (21.2%)	198 (100%)
16. Já tinha recebido no serviço informação/tutoria para desenvolver conhecimentos, competências e/ou aplicar essas técnicas?	21 (11.2%)	28 (14.9%)	79 (42.0%)	52 (27.7%)	8 (4.3%)	188 (100%)
17. A AF respondeu aos conhecimentos, competências que é necessário desenvolver habitualmente no seu serviço?	3 (1.5%)	7 (3.6%)	51 (26.0%)	103 (52.6%)	32 (16.3%)	196 (100%)
18. Tem acesso aos recursos necessários (ex: equipamento/material/ condições de estrutura e ambiente e informação) para aplicar os conhecimentos, competências e/ou técnicas no seu local de trabalho?	2 (1.0%)	10 (5.1%)	61 (31.1%)	90 (45.9%)	33 (16.8%)	196 (100%)
19. Recebeu ajuda/ apoio para aplicar os conhecimentos e/ou técnicas aprendidas no seu local de trabalho?	5 (2.6%)	14 (7.3%)	77 (40.1%)	70 (36.5%)	26 (13.5%)	192 (100%)
20. Partilhou/divulgou os conhecimentos, competências e/ou técnicas aprendidas com os colegas?	2 (1.0%)	8 (4.1%)	60 (30.9%)	95 (49.0%)	29 (14.9%)	194 (100%)
21. Recebeu feedback positivo enquanto estava a aplicar os conhecimentos, competências e/ou técnicas no seu local de trabalho?	15 (7.9%)	23 (12.1%)	62 (32.6%)	77 (40.5%)	13 (6.8%)	190 (100%)
22. Recebeu feedback negativo enquanto estava a aplicar os conhecimentos, competências e/ou técnicas no seu local de trabalho?	79 (50.6%)	31 (19.9%)	33 (21.2%)	13 (8.3%)		156 (100%)
23. A AF contribuiu para a melhoria do seu desempenho nessa área de intervenção?	3 (1.6%)	6 (3.1%)	41 (21.2%)	108 (56.0%)	35 (18.1%)	193 (100%)
24. O resultado geral desta AF, influenciou o seu comportamento e desempenho, motivando para desenvolver de forma contínua as suas competências?	3 (1.5%)	4 (2.1%)	42 (21.6%)	110 (56.7%)	35 (18.0%)	194 (100%)
25. Foi realizada avaliação do resultado da formação no desenvolvimento de competência dos enfermeiros?	29 (17.1%)	31 (18.2%)	48 (28.2%)	47 (27.6%)	15 (8.8%)	170 (100%)

Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

1- Nunca ou muito raramente	2 – Poucas vezes	3- Algumas vezes
4-Frequentemente	5- Sempre	

Através da análise da tabela das frequências absolutas, verifica-se que o total de respostas a cada variável é entre 156 e 198, uma vez que existem não respostas em todas as questões. Este grupo de variáveis pretende responder a um dos objectivos específicos desta investigação, ou seja, “conhecer o impacte da formação em serviço no desenvolvimento de

competências dos enfermeiros da prestação de cuidados gerais”, segundo a percepção dos enfermeiros que a frequentam. Sabendo que para o desenvolvimento de competências através da formação contínua, concorrem múltiplos factores que correspondem às variáveis de estudo, as respostas dos enfermeiros a este grupo de questões permitiu constatar que relativamente aos itens da “*avaliação do impacte da formação em serviço*”, a maioria dos inquiridos respondeu “*frequentemente*” a quase todas as questões. Denotando-se que as acções de formação frequentadas pelos enfermeiros, “*frequentemente*” se adequam às suas necessidades formativas (49,0%); assim como, têm oportunidade de transferir esses conhecimentos para o contexto de trabalho (48,2%); mantêm a mobilização das técnicas e competências aprendidas no dia à dia de trabalho (53,6%) e a sua confiança profissional aumentou após a formação (54,0%); os serviços têm condições estruturais e recursos para aplicar os conhecimentos aprendidos, ou seja a formação está adequada aos recursos existentes no serviço (45,9%) e existe partilha de conhecimentos entre os enfermeiros que frequentam as AF e os restantes enfermeiros do serviço (49,0%). No entanto, verifica-se que cerca de metade dos respondentes têm opiniões dispersas pelos outros itens da escala de avaliação, no que concerne as respostas dadas a cada variável. Denotando-se assim, alguma heterogenia na experiência vivenciada pelos enfermeiros dos vários serviços envolvidos no estudo, em oposição à uniformização esperada e desejada dos processos que envolvem a formação contínua.

Há ainda a realçar que a questão 22, “Recebeu feedback negativo enquanto estava a aplicar os conhecimentos, competências e/ou técnicas no seu local de trabalho?” apresenta uma maior frequência no valor “*nunca ou muito raramente*”, por ser um critério negativo. Significando que os enfermeiros na sua maioria não recebe feedback negativo quando utiliza os conhecimentos/competências e/ou técnicas aprendidas. No entanto, existe número significativo de enfermeiros que confirmam ter sido sujeitos a feedback negativo: 21,2% enfermeiros responderam *algumas vezes* e 19,9% *poucas vezes*. Em número inferior (8,3%), mas apesar de tudo significativo, existem respostas de enfermeiros referindo que receberam feedback negativo *frequentemente*, durante a transferência do conteúdo da formação para o contexto de trabalho, o que pode desmotivar à transferência dos adquiridos para o contexto de trabalho.

Nos dados apresentados é de realçar ainda que a maioria (42,0%) dos inquiridos refere só ter recebido apoio/ informação/tutoria antes e após a formação *algumas vezes*. Revelando que o suporte da liderança e/ou do processo de tutoria/coaching não se processa de forma

sistemática, como seria desejável (Rocha:2007; Bancaleiro:2006; Sousa, Duarte, Sanches e Gomes:2006).

Quanto à avaliação do resultado da formação no desenvolvimento de competências dos enfermeiros, denota-se não haver um processo sistemático de avaliação, uma vez que a maioria dos inquiridos refere só ser realizada *algumas vezes* (28,2%) e 27,6% *frequentemente*. Poucos enfermeiros asseguram que é realizada *sempre* (8,8%), enquanto 17,1% referem ainda que *nunca ou muito raramente* é realizada avaliação do resultado da formação no desenvolvimento de competências dos enfermeiros. Esta foi a variável que recebeu uma percentagem de respostas mais homogêneas ao longo de toda a escala, revelando heterogenia de opiniões e percepções sobre o mesmo fenómeno.

De relembrar que para a análise do impacte da formação frequentada pelos inquiridos, uma vez que o estudo foi implementado depois de realizadas as acções de formação, foi utilizada uma abordagem retrospectiva que teve como referencial: a formação que mais respondeu às necessidades formativas de cada enfermeiro. Significando que os enfermeiros têm como referencial critérios diferentes sobre condições estruturais, qualidade dos formadores e dos conteúdos programáticos por estarem a avaliar realidades diferentes, mas é esse o objectivo do estudo: perceber cada realidade particular experienciada.

De forma a aprofundar a análise estatística do estudo no que concerne a avaliação do impacte da formação em serviço, procurou-se investigar algumas relações entre variáveis, mas não se encontraram resultados relevantes nem correlações estatisticamente significativas.

Perante estas evidências procedeu-se à análise factorial exploratória, do grupo de respostas com escalas de Likert (12 a 25) predictoras do impacte da formação no desenvolvimento de competências dos enfermeiros.

Em relação à análise factorial, pretendeu-se verificar qual a possibilidade de agrupar as respostas que foram interpretadas de forma idêntica relativamente a um conjunto de variáveis e os itens de cada escala que para cada **Prestador de Cuidados** determinaram o seu posicionamento nesse conjunto de variáveis. Para verificar se os factores resultantes da análise, estariam associados a um conjunto de variáveis, permitindo transformar as variáveis que integram cada escala num menor número de factores: as componentes principais.

Assim, a análise factorial efectuada forneceu um valor estatístico para **KMO de 0,857**, o que segundo Pestana & Gageiro (2005) se considera uma análise factorial boa. Por seu lado, o **Teste de Esfericidade de Bartlett** tem associado um nível de significância de **p=0,000**,

mostrando portanto que existe correlação entre algumas variáveis. Ambos os testes permitiram continuar com a análise factorial.

Procedeu-se à rotação da matriz dos componentes, através do método *Varimax* para extremar o valor dos coeficientes que relacionam cada variável com os factores retidos, de modo a que cada variável fosse associada a apenas um factor. Atendendo que quanto maior o valor do coeficiente em termos absolutos que relaciona uma variável com um componente, maior será a relação entre ambos.

Apresenta-se de seguida a matriz dos componentes após rotação, salientando-se (a negrito) os factores associados a cada uma das variáveis.

Quadro n.º 1 – Matriz Rodada dos componentes avaliação do impacte da formação

ITEM	Factores		
	1	2	3
Antes de ter assistido à AF/curso já tinha mobilizado conhecimentos, competências e/ou aplicado técnicas nessa área?	-, 114	, 744	, 316
Após a AF/curso já teve oportunidade de utilizar os conhecimentos, competências e/ou técnicas que aprendeu no curso?	, 365	, 692	, 105
Actualmente utiliza os conhecimentos, competências e/ou técnicas que aprendeu quando mobiliza actividades nesta área?	, 423	, 733	-, 108
Após a AF/curso a sua confiança aumentou perante a mobilização de conhecimentos, competências e/ou técnicas aprendidas?	, 248	, 721	-, 013
Tinha recebido no serviço informação/tutoria para desenvolver conhecimentos, competências e/ou aplicar essas técnicas?	, 259	, 429	, 455
A AF/curso respondeu aos conhecimentos, competências que é necessário mobilizar habitualmente no seu serviço?	, 726	, 380	, 003
Tem acesso aos recursos necessários (ex: equipamento/material/condições de estrutura e ambiente e informação) para aplicar os conhecimentos, competências e/ou técnicas no seu local de trabalho?	, 775	, 056	, 089
Recebeu ajuda/apoio para aplicar os conhecimentos e/ou técnicas aprendidas no seu local de trabalho?	, 807	, 082	, 111
Partilhou/divulgou os conhecimentos, competências e/ou técnicas aprendidas com os colegas?	, 480	, 400	, 182
Recebeu feedback positivo enquanto estava a aplicar os conhecimentos, competências e/ou técnicas no seu local de trabalho?	, 508	, 267	, 431
Recebeu feedback negativo enquanto estava a aplicar os conhecimentos, competências e/ou técnicas no seu local de trabalho?	-, 144	-, 060	, 692
A AF contribuiu para a melhoria do seu desempenho nessa área de intervenção?	, 650	, 476	-, 044
O resultado geral desta AF influenciou o seu comportamento e desempenho motivando-o para desenvolver de forma contínua as suas competências?	, 681	, 358	-, 004
Foi realizada avaliação do resultado da formação no desenvolvimento de competência dos enfermeiros?	, 440	, 133	, 598

Assim, da análise do grupo de questões relativas à “*avaliação do impacte da formação em serviço*”, a análise factorial permitiu reter três factores que explicam apenas 59,025% da

variação total observada nas 14 variáveis originais. Verificando-se as seguintes associações entre os factores e as variáveis, a que se atribui a seguinte dimensão:

Factor 1 – Factores Essenciais à Qualidade da Formação:

- A) A AF/curso respondeu aos conhecimentos, competências que é necessário mobilizar habitualmente no seu serviço;
- B) Tem acesso aos recursos necessários (ex: equipamento/material/condições de estrutura e ambiente e informação) para aplicar os conhecimentos, competências e/ou técnicas no seu local de trabalho;
- C) Recebeu ajuda/apoio para aplicar os conhecimentos e/ou técnicas aprendidas no seu local de trabalho;
- D) Recebeu feedback positivo enquanto estava a aplicar os conhecimentos, competências e/ou técnicas no seu local de trabalho;
- E) A AF contribuiu para a melhoria do seu desempenho nessa área de intervenção;
- F) O resultado geral desta AF influenciou o seu comportamento e desempenho motivando para desenvolver de forma contínua as suas competências.

Factor 2 – Adequação da formação à mobilização de competências em contexto de trabalho:

- G) Antes de ter assistido à AF/curso já tinha mobilizado conhecimentos, competências e/ou aplicado técnicas nessa área;
- H) Após a AF/curso já teve oportunidade de utilizar os conhecimentos, competências e/ou técnicas que aprendeu no curso;
- I) Actualmente utiliza os conhecimentos, competências e/ou técnicas que aprendeu quando mobiliza actividades nesta área;
- J) Após a AF/curso a sua confiança aumentou perante a mobilização de conhecimentos, competências e/ou técnicas aprendidas.

Factor 3 – Avaliação dos adquiridos na formação para o contexto de trabalho

- K) Recebeu feedback negativo enquanto estava a aplicar os conhecimentos, competências e/ou técnicas no seu local de trabalho;
- L) Foi realizada avaliação do resultado da formação no desenvolvimento de competência dos enfermeiros.

Decompondo os factores nas características das variáveis que explicam o mesmo fenómeno verifica-se que o **Factor 1 – Factores Essenciais à Qualidade da Formação**, engloba as questões que tal como referido na bibliografia consultada integram os componentes de sucesso da formação e que concorrem para a qualidade da mesma: adequação às necessidades (variáveis A e B); transferência para o contexto de trabalho (variáveis C, E, F, G); motivação para a transferência (D, H).

Resumindo, relativamente a esta dimensão da “**avaliação do impacte da formação**”, constatou-se que segundo a percepção dos inquiridos, a maioria considera que a acção de formação em que participaram adequava-se aos conhecimentos e competências que necessitavam mobilizar, tendo mobilizado os conhecimentos adquiridos nessa área de prestação, assim como a transferência para o contexto de trabalho dos conteúdos da formação ocorreu, como demonstrado através do maior número de respostas na escala *frequentemente*.

Apesar das respostas serem na sua maioria positivas, torna-se necessário, no entanto, tecer algumas considerações sobre o significado dos resultados encontrados, no capítulo da discussão dos resultados, uma vez que a maioria não é significativa pois englobam apenas cerca de 56,7% a 28,2% dos enfermeiros.

No sentido de interpretar o fenómeno em toda a sua dimensão, foram colocadas questões não agrupadas em dimensões que serviram o propósito de enquadrar toda a dinâmica de trabalho e processos que envolve a formação contínua na organização. Nesse sentido pretendeu-se conhecer como se processa o critério de selecção de participação nas acções de formação contínua, como se pode verificar nas tabelas seguintes.

Tabela n.º 12 – Distribuição da amostra sobre quem teve a iniciativa de inscrição na acção de formação

	N	%
Sua	141	71,2
Superior Hierárquico	36	18,2
Enfermeiro Integrador /Orientador	2	1,0
Enfermeiro Responsável pela formação em serviço	6	3,0
Total	198	100
Não responde	10	

Quanto à iniciativa para participar na acção de formação, é de realçar que 71,2% dos enfermeiros inquiridos, indicaram ter sido por sua própria iniciativa que se inscreveram na

acção de formação. Enquanto que só 18,2% referiu ter sido por iniciativa do superior hierárquico, como é pressuposto em situações decorrentes da avaliação de desempenho.

Tabela n.º 13 – Distribuição da amostra sobre o que motivou a inscrição na acção de formação

	N	%
Necessidades detectadas na avaliação de desempenho	6	3,1
Objectivos definidos para o serviço	46	23,7
Utilização de novas estratégias/ técnicas de intervenção	27	13,9
Necessidades formativas pessoais profissionais	113	58,2
As 3 últimas opções	2	1,0
Total	194	100,0
Não responde	14	

Dos 194 inquiridos que responderam a esta questão, 58,2% indicaram que as necessidades formativas pessoais e profissionais foi o que os motivou à inscrição na acção de formação, enquanto 23,7% referiram ter sido para dar resposta às necessidades do serviço, enquanto que 3,1% referem ter sido decorrente da avaliação de desempenho. Verificando-se que a necessidade de autoformação foi o que motivou maioritariamente a participação dos enfermeiros na formação.

Participação/Colaboração na Formação em Serviço

No sentido de conhecer como os enfermeiros participam e colaboram na formação contínua, para responder ao segundo objectivo específico deste estudo, que pretende realizar o diagnóstico da situação tal como percepcionada pelos enfermeiros, de forma a intervir directamente na área detectada como problemática. Foram colocadas algumas questões preliminares no sentido de conhecer a realidade do serviço, no que concerne a aplicação do regulamentado na carreira de enfermagem no que concerne a formação contínua. Em relação a esta parte do questionário preenchido pelos enfermeiros de ambos os sexos que desempenham funções de enfermeiro de prestação de cuidados gerais, apresentam-se as tabelas de frequências e as estatísticas mais relevantes.

Tabela n.º 14 – Distribuição da amostra de acordo com a existência de enfermeiro responsável pela Formação em serviço

	N	%
Sim	170	82,5
Não	36	17,5
Total	206	100,0
Não responde	2	

Verifica-se pela tabela apresentada que a maioria dos enfermeiros confirmam existir enfermeiro responsável pela formação em serviço (82,5%). Tal como regulamentado pelo DL 437/91, de, 8 de Novembro. Enquanto 17,5% referem não existir enfermeiro responsável pela formação no serviço. Relativamente aos enfermeiros que referiram não existir enfermeiro com esta função no serviço, foi questionado qual o motivo pelo sucedido. As respostas apresentam-se em seguida.

Tabela n. 15 – Distribuição da amostra de acordo com a razão pela qual não existe Enfermeiro Responsável pela formação em serviço

	N	%
Desconheço	7	18,9
Período de transição entre o cessante e o enfermeiro a nomear	18	48,6
Nunca existiu no Serviço	3	8,1
Não existem candidatos	3	8,1
Outra razão – Centrado no Chefe	6	16,2
Total	37	100
Não responde	171	

Verifica-se que 48,6% dos 37 enfermeiros respondentes, registaram não haver enfermeiro responsável pela formação por ser o período de transição entre o enfermeiro cessante e o enfermeiro a nomear. 16,2% dos inquiridos referiram não haver enfermeiro RF em serviço por a função estar centrada no enfermeiro chefe. Curiosamente 18,9% enfermeiros assinalaram a opção desconhece, 8,1% nunca existiu e 8,1% não há candidatos para a função, pelo que não existe enfermeiro RF no serviço. Há a referir que a resposta “Outra razão” – atribuída ao facto de estar centrada no enfermeiro chefe, corresponde às respostas fornecidas por enfermeiros de um serviço apenas, pelo facto do enfermeiro RF não estar formalmente nomeado, tal como regulamentado na carreira de enfermagem. Manifestamente, dos 37

respondentes a maioria confirmou que os serviços estão a sofrer um período de transição entre enfermeiros RF.

De sublinhar ainda, o facto de 117 enfermeiros não responderem a esta questão, desconhecendo-se o motivo pelo qual a maioria da amostra preferiu escusar-se a responder a esta questão.

Tabela n.º 16 – Distribuição da amostra de acordo com a colaboração do enfermeiro da prestação de cuidados no desenvolvimento da formação, com o enfermeiro responsável pela formação em serviço

	N	%
Sim	81	41,3
Não	35	17,8
Às vezes	80	40,8
Total	196	100
Não responde	12	

Relativamente à colaboração entre o enfermeiro responsável pela formação em serviço e o Enfº da PC, sobre necessidades formativas, 41,3 % dos enfºs da PC revelam que colaboram com o Enfº RF, enquanto 17,8% dos inquiridos referem não o fazer. Já 40,8% confirmam que o fazem às vezes. Considerando-se pertinente procurar estabelecer os motivos pelos quais cerca de metade dos enfermeiros respondentes só o fazem às vezes. Uma vez que todos os enfermeiros dentro da sua área de intervenção devem participar na formação contínua, (art. 88.º código deontológico do enfermeiro).

Tabela n.º 17 – Distribuição da amostra sobre a razão pela qual o enfermeiro da prestação de cuidados não colabora com o enfermeiro responsável pela formação em serviço

	N	%
Não me é proposto	14	37,8
Não me sinto motivado/interessado para colaborar	11	29,7
Não tenho opinião	5	13,5
Não tenho interesse em frequentar a formação em serviço	1	2,7
Outra – Não existe enfermeiro responsável pela formação	4	10,8
Enfermeiro responsável pela formação foi eleito há muito pouco tempo	1	2,7
Por vezes não tenho disponibilidade	1	2,7
Total	37	100
Não responde	171	

Considerando-se a hipótese de haver Enf^{as} da PC que não participam na formação contínua em serviço, procurou-se conhecer o motivo. Assim, 14 dos 37 enfermeiros que responderam, ou seja, 37,8% dos Enf^{as} respondentes, referiram não colaborarem por não lhes ser proposto e 29,7% não se sentiram motivados ou interessados em colaborar com o Enf^o RF enquanto 13,5% responderam não ter opinião sobre a problemática. Através das respostas e do número de enfermeiros que não responderam (171), pode-se perceber que existe problemática nos processos de comunicação e troca de ideias entre os enfermeiros da prestação de cuidados e os enfermeiros responsáveis pelo desenvolvimento da formação em serviço, para além do papel preponderante da liderança em todo este processo como dinamizador e mediador.

Tabela n.º 18 – Distribuição da amostra de acordo com o conhecimento dos enfermeiros sobre o plano de formação delineado para o serviço

	N	%
Sim	151	75,1
Não	50	24,9
Total	201	100
Não responde	7	

Através da tabela anterior pode-se verificar que 75,1% dos enfermeiros, tem conhecimento sobre o plano de formação delineado para o serviço, enquanto 24,9% dos enfermeiros não conhecem o plano de formação do serviço. O que mais uma vez remete para a problemática do processo comunicacional do serviço, factores de motivação e papel da liderança.

Relativamente ao grupo de questões 34 a 45 das escalas de Likert que medem a participação e colaboração dos enfermeiros da prestação de cuidados na formação desenvolvida em serviço, obteve-se uma maioria de respostas no critério “*frequentemente*”, seguido pelo “às vezes”, como se pode verificar em seguida.

Tabela n.º 19 – Distribuição da amostra de acordo com a participação/colaboração na formação em serviço dos enfermeiros da prestação de cuidados

Em que medida...	1	2	3	4	5	Total
34. Participa nas acções de formação em serviço.	6 (3.0%)	5 (2.5%)	65 (32.0%)	100 (49.3%)	27 (13.3%)	203 (100%)
35. Participa nas acções de formação que decorrem durante o seu horário de trabalho.	9 (4.5%)	9 (4.5%)	44 (22.0%)	73 (36.5%)	65 (32.5%)	200 (100%)
36. Participa nas acções de formação que decorrem fora do seu horário de trabalho.	6 (3.0%)	14 (6.9%)	58 (28.6%)	107 (52.7%)	18 (8.9%)	203 (100%)
37. Participa nas acções de formação que respondem às suas necessidades formativas.	2 (1.0%)	6 (2.9%)	28 (13.7%)	105 (51.5%)	63 (30.9%)	204 (100%)
38. Participa nas acções de formação como Formador.	38 (20.1%)	37 (19.6%)	67 (35.4%)	32 (16.9%)	15 (7.9%)	189 (100%)
39. Participa activamente no desenvolvimento de procedimentos/projectos no serviço.	13 (6.5%)	33 (16.6%)	80 (40.2%)	63 (31.7%)	10 (5.0%)	199 (100%)
40. Participa na implementação de procedimentos/projectos no serviço quando é solicitado.	4 (2.0%)	10 (5.0%)	61 (30.5%)	84 (42.0%)	41 (20.5%)	200 (100%)
41. Dinamiza a uniformização de critérios de actuação após formação sobre novos procedimentos/ técnicas.	9 (4.5%)	17 (8.5%)	66 (32.8%)	84 (41.8%)	25 (12.4%)	201 (100%)
42. Participa na realização de estudos de caso no serviço.	44 (28.4%)	29 (18.7%)	42 (27.1%)	29 (18.7%)	11 (7.1%)	155 (100%)
43. Considera que cada um deve efectuar a sua própria autoformação.	6 (3.1%)	8 (4.1%)	55 (28.4%)	73 (37.6%)	52 (26.8%)	194 (100%)
44. Participa nas acções de formação/cursos organizados pelo Centro de Educação e Formação (CEF) da instituição.	8 (4.0%)	30 (15.0%)	77 (38.5%)	75 (37.5%)	10 (5.0%)	200 (100%)
45. Participa nas acções de formação e cursos quando é permitido ter dispensa de serviço para os frequentar.	22 (11.5%)	20 (10.5%)	68 (35.6%)	48 (25.1%)	33 (17.3%)	191 (100%)

Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

1- Nunca ou muito raramente	2 – Poucas vezes	3- Algumas vezes
4-Frequentemente	5- Sempre	

A partir da análise das frequências absolutas da tabela inclusa, verifica-se que o total de respostas a cada variável é entre 155 e 204, uma vez que existem não respostas em todas as perguntas.

Como se pode observar na tabela anterior, relativamente aos itens da “participação/colaboração na formação em serviço”, verifica-se que mais uma vez, neste grupo de variáveis, a maioria dos inquiridos respondeu “frequentemente” ou “algumas vezes”, apesar de existir uma dispersão de respostas por toda a escala e ao longo de todas as variáveis. No entanto, quanto à “Disponibilidade para participar activamente na formação em serviço”, os enfermeiros referem que colaboram “frequentemente” nas acções de formação desenvolvidas no serviço, com o intuito de melhorar o seu desempenho e

competências e de uma forma geral, nas que respondem aos seus interesses, na implementação e dinamização dos projectos de qualidade e nas actividades que concorrem para a uniformização dos critérios de actuação após a formação.

No que concerne a participação activa no “*desenvolvimento de procedimentos/projectos no serviço*”, a maioria respondeu que participa “*algumas vezes*” (40,2%), no entanto 31,7%, referem que participam “*frequentemente*” e um número significativo refere que o faz “*poucas vezes*”. Já perante a “*implementação de procedimentos e projectos*” 42,0% referem que o fazem “*frequentemente*” e 30,5% “*algumas vezes*”. Estando a organização em processo de Acreditação da Qualidade, pela JCI, considerou-se oportuno conhecer a participação dos enfermeiros na realização de procedimentos e projectos de qualidade, uma vez que um processo de acreditação, envolve mudanças contínuas passíveis de alcançar sucesso se todos os colaboradores internos forem envolvidos.

Neste grupo de variáveis, pretendeu-se também, perceber se o facto da acção de formação se realizar durante o horário de trabalho ou em horário extra-laboral explicava a razão e motivação para a participação na formação em serviço. À variável “*participo nas acções de formação que decorrem durante o meu horário de trabalho*” a maioria os inquiridos respondeu “*frequentemente*” (36,5%), 22,0% dos enfermeiros referem que participam nas acções de formação apenas “*algumas vezes*” durante o horário de trabalho e “*sempre*” (32,5%) dos enfermeiros. Já relativamente às respostas “*poucas vezes*” e “*nunca ou raramente*”, verifica – se que foi assinalado por 4,5% dos enfermeiros. Em justaposição à variável “*participo nas acções de formação que decorrem fora do meu horário de trabalho*”, 28,6% dos inquiridos referem participar nas acções de formação fora do horário de trabalho, apenas “*algumas vezes*”, enquanto 6,9% assinalaram “*poucas vezes*” e 3% “*nunca ou muito raramente*”. Mas 52,7% dos enfermeiros responderam que participam “*frequentemente*” em acções de formação fora do seu horário de trabalho, e 8,9% registaram que o fazem “*sempre*”. Constatando-se não existir uniformização de respostas a estas variáveis, porque foram atribuídas a variáveis diferentes respostas semelhantes, pois pelas frequências verifica-se que enfermeiros avaliaram pelo mesmo item da escala, variáveis semelhantes mas com inclusão de critérios diferentes. Entendo-se esta dispersão de respostas, se forem consideradas várias questões e diferentes condicionantes que carecem abordagem específica. Ainda relativamente aos “*factores motivacionais para a frequência de acções de formação*”, o facto do enfermeiro ter dispensa de serviço para participar na formação contínua não é preponderante para realizar a formação, pois para 35,6% só o é “*algumas vezes*”.

Relativamente à questão 42. “*Participa na realização de estudos de caso no serviço*” apresenta uma distribuição mais ou menos homogênea por entre os diferentes valores da escala, sendo a maior frequência em “*nunca ou muito raramente*” (28,4%), contra 27,1% que referiram “*algumas vezes*” e 18,7% “*frequentemente*”. Significando que este tipo de formação contínua, muito utilizada no ensino básico dos enfermeiros como metodologia de formação através da prática reflexiva, não está a ser efectuada pela maioria dos serviços. Factor que carece indubitavelmente ser avaliado e compreendido.

No que concerne à participação como formador, a maioria dos inquiridos (35,4%), referem participar como formador nas acções de formação “*algumas vezes*”; 16,9% “*frequentemente*” e só 7,9% registaram a resposta “*sempre*”. Esta situação poderá ser explicada pelo facto da estrutura organizacional deter predominantemente enfermeiros jovens e com pouco tempo de serviço, entre outros factores que não se podem extrapolar neste estudo.

Relativamente à estrutura formativa certificada da organização, somente 37,5% dos enfermeiros referem participar “*frequentemente*” nas formações/cursos desenvolvidas pelo centro de formação, 5% “*sempre*” e a maioria (38,5%) dos enfermeiros refere que participa apenas “*algumas vezes*”. Revelando que o centro de educação e formação não proporciona igualdade de oportunidades formativas a todos os enfermeiros, ou os enfermeiros não estão motivados para participarem na formação desenvolvida na organização.

Relativamente a este grupo de questões a sua análise elucidou parcialmente sobre a problemática, visto haver dispersão de respostas ao longo de toda a escala de avaliação e as maiorias relativas não serem significativas. Levantando-se novas questões que carecem ser discutidas e reflectidas no capítulo seguinte.

Os quadros das frequências absolutas respeitantes a cada variável remetem-se para anexo informático.

Tal como no agrupamento de questões anteriores sobre o “*impacte da formação*”, procedeu-se à análise factorial exploratória das questões 34 à 45 que pretendiam medir a dimensão da “*Participação/colaboração dos enfermeiros da prestação de cuidados na formação em serviço*”, no sentido de simplificar os dados através da redução do número de variáveis necessárias para os descrever, agrupando-os em componentes principais ou factores. Assim, a análise factorial deu um valor estatístico para **KMO de 0,819**, considerando-se a análise factorial boa. Por outro lado, o **Teste de Esfericidade de Bartlett** tem associado um nível de

significância de $p=0,000$, mostrando portanto a existência de correlação entre algumas variáveis. Ambos os testes permitiram continuar com a análise factorial.

Assim, quanto à análise do grupo de questões relativas à “*participação/colaboração na formação em serviço*”, a análise factorial permitiu reter quatro factores que explicam apenas 67,938% da variação total observada nas 12 variáveis originais.

Realizou-se a rotação da matriz dos componentes, através do método *Varimax* para extremar o valor dos coeficientes que relacionam cada variável com os factores retidos, de modo a que cada variável pudesse ser associada apenas a um factor.

A respectiva matriz dos componentes após rotação, apresenta-se em seguida, salientando-se (a negrito) os factores associados a cada uma das variáveis.

Quadro n.º 2 – Matriz rodada dos componentes da dimensão Colaboração/ Participação na formação em serviço.

ITEM	Factores			
	1	2	3	4
Participa nas acções de formação em serviço?	, 778	, 227	, 069	, 184
Participa nas acções de formação que decorrem durante o seu horário de trabalho?	, 358	, 132	, 105	, 702
Participa nas A F que decorrem fora do horário de trabalho?	, 834	, 141	, 051	, 095
Participa nas AF que respondem às suas necessidades formativas?	, 766	, 103	, 226	, 164
Participa nas acções de formação como formador?	, 143	, 772	-, 035	, 254
Participa activamente no desenvolvimento de procedimentos/projectos no serviço?	, 380	, 695	, 095	, 104
Participa na implementação de procedimentos/projectos no serviço quando lhe é solicitado?	, 574	, 547	, 181	-, 046
Dinamiza a uniformização de critérios de actuação após formação sobre novos procedimentos/técnicas?	, 419	, 633	, 094	-, 030
Participa na realização de estudos de caso no serviço?	-, 052	, 811	, 145	, 152
Considera que cada um deve efectuar a sua própria autoformação?	, 026	, 153	, 032	, 818
Participa nas AF/cursos organizados pelo CEF da instituição?	, 179	, 022	, 828	-, 022
Participa nas AF e cursos quando é permitido ter dispensa de serviço para os frequentar?	, 084	, 174	, 807	, 144

Destacam-se as seguintes associações entre os factores e as variáveis, tendo-se atribuído a cada um dos factores um nome de acordo com a dimensão que pretendiam avaliar:

Factor 1 – Condicionantes à participação na formação em serviço

- A) Participa nas acções de formação em serviço;
- B) Participa nas A F que decorrem fora do horário de trabalho;
- C) Participa nas AF que respondem às necessidades formativas;

- D) Participa na implementação de procedimentos/projectos no serviço quando solicitado.

Factor 2 – Participação activa na formação em serviço

- E) Participa nas acções de formação como formador;
- F) Participa activamente no desenvolvimento de procedimentos/projectos no serviço;
- G) Dinamiza a uniformização de critérios de actuação após formação sobre novos procedimentos/técnicas;
- H) Participa na realização de estudos de caso no serviço.

Factor 3 – Participação na formação em horário extra laboral e fora do serviço

- I) Participa nas AF/cursos organizados pelo CEF da instituição;
- J) Participa nas AF e cursos quando é permitido ter dispensa de serviço para os frequentar;

Factor 4 – Participação na formação contínua e autoformação

- K) Participa nas acções de formação que decorrem durante o horário de trabalho;
- L) Considera que cada um deve efectuar a sua própria autoformação.

Estes factores e respectivas variáveis explicam, tal como demonstrado através da estatística, os factores associados à “*colaboração e participação do enfermeiro da prestação de cuidados na formação contínua*”, tal como pretendido.

Opinião sobre a qualidade da formação em serviço

O grupo de variáveis utilizadas para avaliar a, “*opinião sobre a qualidade da formação em serviço*”, na perspectiva dos enfermeiros que desempenham funções PC, pretendem dar resposta ao objectivo específico: “*conhecer a percepção do enfermeiro da prestação de cuidados sobre a qualidade da formação desenvolvida pelo enfermeiro responsável pela formação em serviço*”.

Para este grupo de variáveis foram tidas em consideração as orientações de vários autores sobre o processo formativo e perfil de formador.

Vejam os dados da tabela de frequências e as estatísticas mais relevantes no que respeita este grupo de variáveis.

Tabela n.º 20 – Distribuição da amostra de acordo com a opinião dos enf's sobre a qualidade da formação em serviço

Em que medida...	1	2	3	4	5	Total
46. O enfermeiro responsável pela formação dinamiza e motiva a equipa para cumprir os prazos do plano de formação.	15 (8.2%)	17 (9.3%)	55 (30.2%)	72 (39.5%)	23 (12.6%)	182 (100%)
47. O enfermeiro responsável pela formação dinamiza os grupos de trabalho com vista a cumprir prazos para implementação de projectos.	16 (8.8%)	14 (7.7%)	64 (35.5%)	61 (33.8%)	25 (13.8%)	180 (100%)
48. Nas acções de formação em serviço os formadores dominam bem as temáticas abordadas.	2 (1%)	3 (1.5%)	32 (16.2%)	128 (64.9%)	32 (16.2%)	197 (100%)
49. O enfermeiro responsável pela formação domina o manuseamento de meios audiovisuais.	4 (2.2%)	7 (3.8%)	44 (24.3%)	90 (49.7%)	36 (19.8%)	181 (100%)
50. O enfermeiro responsável pela formação domina técnicas pedagógicas e de dinâmica de grupos.	6 (3.4%)	7 (4%)	62 (35.4%)	74 (42.3%)	26 (14.8%)	175 (100%)
51. O serviço tem condições estruturais para se realizarem formações com qualidade.	17 (8.8%)	33 (17.2%)	51 (26.5%)	65 (33.8%)	26 (13.5%)	192 (100%)
52. No final das acções de formação é efectuada avaliação da qualidade da formação pelos enfermeiros participantes.	14 (7.3%)	28 (14.6%)	45 (23.5%)	67 (35%)	37 (19.4%)	191 (100%)
53. Após as acções de formação existe um processo de avaliar a implementação dos procedimentos e dos resultados dessa formação, na prestação de cuidados e desenvolvimento de competências dos enfermeiros.	27 (14.7%)	40 (21.8%)	62 (33.8%)	41 (22.4%)	13 (7.1%)	183 (100%)
54. A formação em serviço incide sobre as necessidades específicas do serviço, relacionadas com técnicas e procedimentos inovadores.	2 (1%)	7 (3.5%)	54 (27.6%)	101 (51.8%)	31 (15.8%)	195 (100%)
55. As Acções de formação contemplam o manuseamento de nova tecnologia.	6 (3.1%)	13 (6.7%)	63 (32.6%)	89 (46.1%)	22 (11.3%)	193 (100%)
56. A formação em serviço contempla estratégias de motivação para a mudança e informação sobre projectos de melhoria contínua da Qualidade.	5 (2.5%)	14 (7.1%)	62 (31.8%)	87 (44.6%)	27 (13.8%)	195 (100%)
57. Possui material, equipamento e tecnologia para desenvolver as competências específicas exigidas no serviço.	4 (2.0%)	21 (10.7%)	67 (34.2%)	93 (47.4%)	11 (5.6%)	196 (100%)
58. O enfermeiro responsável pela formação em serviço tem boa relação com a equipa de enfermagem.	3 (1.6%)	6 (3.3%)	22 (12.2%)	84 (46.6%)	65 (36.1%)	180 (100%)
59. O enfermeiro responsável pela formação em serviço tem boa relação com a equipa multidisciplinar.	1 (0.5%)	4 (2.3%)	20 (11.4%)	93 (52.8%)	58 (32.9%)	176 (100%)
60. O enfermeiro responsável pela formação estimula e envolve a equipa multidisciplinar nas acções de formação em serviço.	8 (4.5%)	15 (8.5%)	54 (30.7%)	65 (36.9%)	34 (19.3%)	176 (100%)
61. O enfermeiro chefe/coordenador propõe a participação em acções de formação com base na avaliação de desempenho.	14 (7.4%)	15 (7.9%)	48 (25.3%)	71 (37.5%)	41 (21.7%)	189 (100%)

Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

1- Nunca ou muito raramente	2 – Poucas vezes	3- Algumas vezes
4-Frequentemente	5- Sempre	

Da análise das frequências absolutas verifica-se que o total de respostas a cada variável é entre 175 e 197, uma vez que existem não respostas a algumas perguntas. Como se pode

observar através da tabela anterior, relativamente aos itens da “*opinião sobre a qualidade da formação em serviço*”, pode verificar-se que a maioria dos inquiridos respondeu “*frequentemente*” a 14 variáveis e “*algumas vezes*” às restantes 2. Não havendo predominância significativa, na maioria das variáveis, relativamente ao item da escala de avaliação escolhido. No entanto, pode constatar-se que as respostas às variáveis são praticamente unânimes em confirmar que no serviço de exercício profissional dos enfermeiros respondentes, a formação, desenvolve-se com qualidade e o enfermeiro responsável pela formação possui o perfil de competências específicas espectáveis para a função de enfermeiro responsável pela formação em serviço, tanto em termos de competências técnicas e pedagógicas como relacionais. Vejamos então as respostas fornecidas às variáveis dadas.

Os Enf. PC responderam na sua maioria (39,5%) que o enfermeiro responsável pela formação dinamiza e motiva “*frequentemente*” a equipa para cumprir os prazos do plano de formação, enquanto 30,2% consideram que só o efectua “*algumas vezes*” e somente 12,6% dos inquiridos responderam “*sempre*”. Os itens da escala de avaliação, “*poucas vezes*” e “*nunca ou muito raramente*” também foram registados, como se pode ver na tabela anexa. Quanto à variável sobre se o “*Enf. RF dinamiza os grupos de trabalho com vista a cumprir os prazos para implementação de projectos*”, as respostas são, em termos de valores relativos, muito sobreponíveis à variável anterior. Registando-se no entanto inversão da maioria das resposta para “*algumas vezes*” (35,5%), enquanto 13,8% dos Enf. PC respondeu que os Enf. RF dinamizam os grupos a cumprirem os prazos de implementação dos projectos nos serviços “*sempre*” e 33,8% “*frequentemente*”. De referir que a pedagogia do projecto ou o trabalho desenvolvido por intermédio de projectos pode ser assumido (dependendo dos métodos e técnicas utilizadas) como uma metodologia de trabalho (Pinheiro&Ramos:2005), sendo frequentemente utilizado na organização hospitalar de estudo. Tendo o Enf. RF, o papel de comunicar e estabelecer os objectivos e coordenar o cumprimento dos projectos, por ser uma proposta pedagógica a realizar em equipa consistindo fundamentalmente em actividades a desenvolver para resolver um problema de interesse real para a equipa. Sabendo que a avaliação dos serviços depende do cumprimento dos objectivos delineados, o papel do Enf. RF como dinamizador dos projectos, torna-se portanto preponderante. No respeitante ao “*manuseamento de meios audiovisuais*”, maioritariamente os respondentes referiram que o Enf. RF, domina “*frequentemente*” (49,7%) essa técnica, e 24,3% respondeu “*algumas vezes*”. O domínio desta tecnologia torna-se imprescindível porque tendo em conta as realidades das diferentes contextos de

trabalho, como formador pode necessitar de utilizar instrumentos e métodos diversos de aprendizagem e como colaborador e organizador da formação pode ser chamado a colaborar com os formadores que não detenham esta competência. Já relativamente ao domínio de *“técnicas pedagógicas e dinâmica de grupos”*, 42,3% dos Enf. da PC consideram que o Enf. RF possui *“frequentemente”* estas competências e 35,4% *“algumas vezes”*. No sentido desenvolver uma formação adequada às necessidades dos formandos, objectivos e condicionalismos do serviço, uma situação de formação deve ser encarada como uma realidade dinâmica e, como tal, os métodos e técnicas pedagógicas devem ser adequadas à dinâmica das relações que se estabelecem entre os diferentes intervenientes e necessariamente com os objectivos e finalidades da própria formação. Neste sentido, tal como referido por Pinheiro & Ramos (2005:12) *“ao formador compete pôr em funcionamento o dispositivo-método através da utilização, em situações de formação, de um conjunto de técnicas e instrumentos pedagógicos”*.

Quanto às *“condições estruturais do serviço para realizar as formações”*, outra condicionante imprescindível à qualidade da formação, para 33,8% dos Enf^{os} da PC, o serviço possui condições *“frequentemente”*, 26,5% *“algumas vezes”* e só 13,5% referem que dispõem *“sempre”*. De facto, as condições de estrutura, acústica, temperatura e luminosidade e equipamento, entre outras, são indispensáveis à condução de um ambiente favorecedor de aprendizagem, sendo inclusivamente um dos critérios incluídos no Nível I, da avaliação da qualidade da formação, segundo Meignant (2003). No respeitante à *“competência relacional do enfermeiro responsável pela formação em serviço com a equipa de enfermagem e equipa multidisciplinar”* os globais das respostas recaíram sobre o item da escala de avaliação *“frequentemente”*, respectivamente 46,6% e 52,8% dos Enf. da PC, referiram que o Enf. RF, possui competências relacionais com a equipa. O relacionamento com o outro está implícito ao homem como ser social. Relacionamento que se estabelece através dos processos comunicacionais verbais e não verbais, atitudes e comportamentos. Do Enf. RF espera-se uma atitude e comunicação assertiva com a equipa, transmitindo os seus pontos de vista, mas dando espaço aos outros para o fazerem e percepcionarem que são escutados e compreendidos. O relacionamento baseado na assertividade, segundo Azevedo (1999:11), *“significa afirmar por palavras e gestos, o que realmente eu quero, sinto e penso, levando simultaneamente o meu interlocutor a afirmar o que ele sente, pensa e quer.”* Quanto à motivação para envolver a equipa multidisciplinar no processo de formação, a maioria dos inquiridos referiu que o enfermeiro responsável pela formação o realiza frequentemente (36,9%). Tendo em conta que os enfermeiros desenvolvem a sua

intervenção em ambiente hospitalar em equipa multidisciplinar, o envolvimento de toda a equipa numa perspectiva de melhoria da qualidade dos cuidados e desenvolvimento das competências individuais e grupais deve ser incentivada.

No sentido de avaliar a adequação da formação ao contexto de trabalho, em relação à variável “*se a formação contempla o manuseamento de nova tecnologia*” e se “*responde às necessidades do serviço para implementação de técnicas ou procedimentos inovadores*”; para além da variável “*avaliação de todo o processo formativo em termos de resultados da transferência dos conteúdos para o contexto de trabalho*”, verifica-se que a maioria dos inquiridos respondeu “*frequentemente*”, 51,8% relativamente às técnicas inovadoras e 46,1% sobre o facto da formação contemplar o manuseamento de nova tecnologia. Confirmando-se que o planeamento da formação contempla no diagnóstico de necessidades estes factores, tal como pressuposto. Quanto à variável sobre a avaliação da transferência da formação para o contexto de trabalho a maioria das respostas recaiu sobre algumas vezes (33,8%). O que revela a necessidade em melhor compreender o que os enfermeiros entendem por avaliação da transferência dos conteúdos da formação para o contexto de trabalho e como efectivamente se processa. Segundo Hare & Reynolds (2003) os factores preditores da transferência da aprendizagem são a qualidade da concepção da formação, as competências do formador, a atitude do chefe do aprendente, o interesse do aprendente no assunto. Ainda segundo os mesmos autores, de acordo com investigação de Goldstein (1998), a atitude do chefe é o factor mais importante. Para conhecer como estes factores se desenvolvem, segundo Hare & Reynolds (2003:79), “ (...) o que acontece antes do evento de aprendizagem – a preparação – e o que acontece depois – o seguimento – é mais importante que o próprio evento. Porque é necessário julgar os eventos de aprendizagem não só através do agrado que nos provocam mas também da sua utilidade. A utilidade de um evento de aprendizagem assenta mais na preparação e no seguimento do que no próprio evento.

Sobre a variável “*os formadores dominam bem as temáticas abordadas*”, a maioria das respostas recaiu sobre “*frequentemente*” (64,9%) e 16,2% dos enfermeiros referiram “*sempre*” enquanto 16,2% consideram que só “*algumas vezes*” é que os formadores dominam bem as temáticas.

Quanto à variável “*No final da formação é efectuada a avaliação da qualidade da formação pelos enfermeiros participantes*”, continua a existir heterogenia de opiniões. De acordo com

35% dos inquiridos a avaliação é efectuada “*frequentemente*”, já 23,5% responderam que só se efectua algumas “*vezes*”.

A respeito da variável “*A formação contempla estratégias de motivação para a mudança e informação sobre projectos de melhoria continua.*” Os enfermeiros responderam maioritariamente a esta questão, “*frequentemente*” (44,6%) e 31,8 % dos enfermeiros admitiram ser contemplada esta estratégia na formação contínua em serviço, “*algumas vezes*”. Esta variável pretendeu avaliar se os Enf^o PC, estão envolvidos em grupos de trabalho da qualidade e se receberam formação prévia para o desenvolvimento dos projectos. Mas como se constata, apenas cerca de metade dos enfermeiros receberam essa formação.

Após análise das frequências absolutas e relativas das variáveis, passou-se à análise factorial do grupo de 16 questões relativas à “*opinião sobre a qualidade da formação em serviço*”, que revelou um valor estatístico para *KMO* de **0,856**, pelo que se considera a análise factorial boa. Por outro lado, o *Teste de Esfericidade de Bartlett*, tem associado um nível de significância de **p=0,000**, mostrando portanto que existe correlação entre algumas variáveis. A análise factorial permitiu reter quatro factores que explicam apenas 67,28% da variação total observada nas 16 variáveis originais.

A rotação da matriz dos componentes, através do método *Varimax* extremou o valor dos coeficientes que relacionam cada variável com os factores retidos, de modo a se poder associar cada variável a apenas um factor.

No quadro 3, apresenta-se a matriz dos componentes após rotação, salientando-se (a negrito) os factores associados a cada uma das variáveis:

Quadro n.º 3 – Matriz rodada dos componentes da dimensão qualidade na formação em serviço

ITEM	Factores			
	1	2	3	4
O Enfº RF dinamiza e motiva a equipa para cumprir os prazos do plano de formação?	, 420	, 580	, 475	-, 019
O Enfº RF dinamiza os grupos de trabalho com vista a cumprir prazos para implementação de projectos?	, 465	, 544	, 477	-, 004
Nas AF em serviço os formadores dominam bem as temáticas abordadas?	, 087	, 517	, 163	, 534
O Enfº RF domina o manuseamento de meios audiovisuais?	, 131	, 842	, 118	, 256
O Enfº RF domina técnicas pedagógicas e de dinâmica de grupos?	, 312	, 780	, 227	, 120
O serviço tem condições estruturais para se realizarem formações com qualidade?	, 186	, 091	, 176	, 534
No final das AF é efectuada avaliação de qualidade da formação pelos enf's participantes?	, 634	, 191	, 138	, 193
Após as AF existe um processo de avaliar a implementação dos procedimentos e dos resultados dessa formação, na prestação de cuidados e desenvolvimento de competências dos enf's?	, 745	, 052	, 091	, 206
A formação em serviço incide sobre as necessidades específicas do serviço, relacionadas com técnicas e procedimentos inovadores?	, 598	, 350	, 129	, 386
As AF contemplam o manuseamento de nova tecnologia?	, 660	, 243	, 028	, 447
A formação em serviço contempla estratégias de motivação para a mudança e informação sobre projectos de melhoria contínua da qualidade?	, 581	, 295	, 278	, 164
Possuímos material, equipamento e tecnologia para desenvolver as competências específicas exigidas no serviço?	, 285	, 084	, 172	, 769
O Enfº RF em serviço tem boa relação com a equipa de enfermagem?	, 135	, 218	, 796	, 380
O Enfº RF em serviço tem boa relação com a equipa multidisciplinar?	, 074	, 212	, 816	, 401
O Enfº RF estimula e envolve a equipa multidisciplinar nas AF em serviço?	, 597	, 205	, 593	, 069
O Enfº chefe/coordenador propõe a participação em AF com base na avaliação de desempenho?	, 549	, 151	, 531	-,001

A partir da análise factorial, verificaram-se as seguintes associações entre os factores e as variáveis, tendo sido atribuídas as seguintes denominações:

Factor 1 – Apreciação e avaliação da formação:

- A) No final das AF é efectuada avaliação da qualidade da formação pelos enf's participantes;
- B) Após as AF existe um processo de avaliar a implementação dos procedimentos e dos resultados dessa formação, na prestação de cuidados e desenvolvimento de competências dos enf's;

- C) A formação em serviço incide sobre as necessidades específicas do serviço, relacionadas com técnicas e procedimentos inovadores;
- D) As AF contemplam o manuseamento de nova tecnologia;
- E) A formação em serviço contempla estratégias de motivação para a mudança e informação sobre projectos de melhoria contínua da qualidade.

Factor 2 – Competências pedagógicas do enfermeiro responsável pela formação

- F) O Enfº RF dinamiza e motiva a equipa para cumprir os prazos do plano de formação;
- G) O Enfº RF dinamiza os grupos de trabalho com vista a cumprir prazos para implementação de projectos;
- H) O Enfº RF domina o manuseamento de meios audiovisuais;
- I) O Enfº RF domina técnicas pedagógicas e de dinâmica de grupos.

Factor 3 – Competências relacionais do Enfermeiro responsável pela formação em serviço

- J) O Enfº RF em serviço tem boa relação com a equipa de enfermagem;
- K) O Enfº RF em serviço tem boa relação com a equipa multidisciplinar.

Factor 4 – Avaliação da Satisfação da formação (Nível I)

- L) Nas AF em serviço os formadores dominam bem as temáticas abordadas;
- M) O serviço tem condições estruturais para se realizarem formações com qualidade;
- N) Possui material, equipamento e tecnologia para desenvolver as competências específicas exigidas no serviço;

Constata-se através da análise factorial que o grupo de variáveis mede a dimensão “*opinião sobre a qualidade da formação em serviço*”, agrupando as variáveis nas 4 dimensões encontradas:

- *Apreciação e avaliação da formação;*
- *Competências pedagógicas do enfermeiro responsável pela formação;*
- *Competências relacionais do Enfermeiro responsável pela formação em serviço;*
- *Avaliação da Satisfação da formação (Nível I).*

Confirmando-se assim que estas variáveis escolhidas medem a dimensão “qualidade da formação em serviço”, como pretendido.

Importância atribuída à formação contínua em serviço

Em relação ao último grupo de questões do questionário preenchido pelos enfermeiros que desempenham funções de enfermeiro de prestação de cuidados gerais, apresentamos as tabelas de frequências e as estatísticas mais relevantes.

Esta variável pretende responder ao objectivo específico: “*Conhecer a importância atribuída pelos Enf. à formação contínua em serviço como factor de desenvolvimento de competências.*”

Tabela n.º 21 – Distribuição da amostra sobre a importância atribuída à formação em serviço como factor de desenvolvimento de competências

	N	%
Médio	22	12,4
Muito	77	43,5
Bastante	78	44,1
Total	177	100
Não Responde	31	

Assim, constata-se que a grande maioria dos inquiridos respondeu que a formação em serviço, como factor de desenvolvimento de competências é “*muito*” (43,5%) ou “*bastante*” importante (44,1%), no entanto verifica-se que 31 enfermeiros não responderam à questão e 12,4% dos inquiridos atribuíram importância “*média*” à formação como factor de desenvolvimento de competências. Pelo que se constata não existir unanimidade de respostas ao critério positivo mais elevado, significando que os enfermeiros têm percepções diferentes sobre a importância da formação contínua, para o desenvolvimento de competências. Pretendendo-se com a estratégia de intervenção alterar este resultado para uma maioria absoluta na escala mais elevada da positividade, pois segundo os resultados, apenas 44,1% dos enfermeiros atribuem “*bastante*” importância à formação contínua.

Autopercepção dos Enf. PC sobre os conhecimentos/competências individuais que possuem e motivação para investir na formação contínua

No final do questionário incluíram-se algumas variáveis que serviram o propósito de acrescer informação, considerada imprescindível, para a adequação da estratégia de intervenção a desenvolver pelo núcleo de formação em enfermagem, relativamente ao desenvolvimento da formação contínua em serviço. Para além da variável que pretende avaliar o: “*Grau de motivação dos enfermeiros para participarem na formação contínua em serviço*”, ou seja, o ultimo objectivo específico do estudo. Os outros factores tidos em consideração apresentam-se na tabela seguinte.

Tabela n.º 22 – Distribuição da amostra de acordo com a autopercepção dos enfermeiros da prestação de cuidados sobre os conhecimentos/competências individuais (genéricas e específicas) que possuem e motivação para investir na formação contínua.

Em que medida...	1	2	3	4	5	Total
63. Considera possuir conhecimentos técnicos actualizados?		3 (1.5%)	74 (36.3%)	113 (55.4%)	14 (6.9%)	204 (100%)
64. Considera possuir conhecimentos científicos que fundamentem a forma como desenvolve a sua actividade diária?		1 (0.5%)	53 (26.0%)	131 (64.2%)	19 (9.3%)	204 (100%)
65. Considera possuir competências/conhecimentos para prestar cuidados à população multicultural?		5 (2.5%)	66 (32.5%)	108 (53.2%)	24 (11.8%)	203 (100%)
66. Sente-se motivado para investir na formação contínua?	6 (3.0%)	12 (5.9%)	56 (27.6%)	79 (38.9%)	50 (24.6%)	203 (100%)

Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

1- Muito Pouco	2 – Pouco	3- Médio
4-Muito	5- Bastante	

Da análise das frequências absolutas, verifica-se que o total de respostas a cada variável é 204 ou 203, uma vez que existem questões com não respostas.

Como se pode observar através da tabela anterior, relativamente às variáveis que pretendem conhecer a “*Autopercepção dos enfermeiros da prestação de cuidados sobre os conhecimentos/competências individuais (genéricas e específicas) que possuem e motivação para investir na formação contínua*”, verificámos que todas as questões têm a frequência absoluta maior em “*Muito*” logo seguidas da resposta “*Médio*”. Relativamente aos “*conhecimentos técnicos actualizados*”, 55,4% dos enfermeiros referem ser “*muito*” actualizados, mas 36,3%, dizem ter os conhecimentos medianamente actualizados.

No que concerne a detenção de “*conhecimentos científicos que fundamentem a prática diária*” 64,2% dos enfermeiros responderam “ *muito*” e 26,0% “*médio*”. Já 53,2% dos enfermeiros referem possuir “ *muito*” “*conhecimento/competências para prestarem cuidados à população multicultural*”, 24,6% “*bastante*” e 27,6% “*médio*”. Depreendendo-se que os enfermeiros respondentes têm investido de alguma forma, mas em graus diferentes de importância, no desenvolvimento de saberes culturais, procurando respeitar o direito de cidadania e convicções religiosas das pessoas que cuidam.

A variável motivação, foi a única onde houve respostas de “*Muito pouco*” (3.0%) sendo que (5.9%) responderam “*Pouco*”. No entanto 24.6% dos inquiridos referem estar “*Bastante*” motivados para a formação e 38,9 % “*Muito*”, o que corresponde a uma maioria de respostas positivas neste item da escala. Respondendo de forma positiva ao objectivo específico de estudo.

Assim, relativamente à análise deste grupo de questões, sobre a análise factorial efectuada obteve-se um valor estatístico para KMO de **0,687**, pelo que se considera a análise factorial razoável. Por outro lado, o *Teste de Esfericidade de Bartlett* tem associado um nível de significância de **p=0,000**, mostrando portanto que existe correlação entre algumas variáveis. Ambos os testes permitiram continuar com a análise factorial.

Assim, relativamente à análise deste grupo a análise factorial permitiu reter um único factor que explica apenas 56,955% da variação total observada nas quatro variáveis originais.

A rotação da matriz dos componentes, através do método *Varimax* permitiu extremar o valor dos coeficientes que relacionam cada variável com os factores retidos.

Assim, à excepção da variável “*sente-se motivado para investir na formação contínua*”, as restantes 3 variáveis encontram-se num único factor ao qual foi atribuída a dimensão:

Factor 1 – “Autopercepção do nível de competências”

- A) Possuir conhecimentos técnicos actualizados;
- B) Possuir conhecimentos científicos que fundamentem a forma como desenvolve a sua actividade diária;
- C) Possuir competências/conhecimentos para prestar cuidados à população multicultural.

Tal como pretendido, estas variáveis medem a dimensão dada. Já a variável motivação foi apenas incluída neste grupo de variáveis, por possuir os mesmos itens da escala de avaliação, mas com o intuito de responder apenas ao objectivo específico.

Cruzamento de Dados

No sentido de trabalhar todos os dados existentes, recolhidos através das respostas aos questionários, procedeu-se ao cruzamento entre as variáveis que se consideravam importantes para a investigação, no sentido de confirmar ou infirmar correlações e como tal responder aos objectivos desta investigação.

Quando se efectuou o cruzamento entre as diferentes variáveis, na perspectiva de analisar a dependência entre elas, tentou-se aplicar o teste do Qui-Quadrado e medir essa associação através da correspondente medida de associação, mas tal não foi possível, uma vez que não estavam reunidas as condições de aplicabilidade do teste do Qui-Quadrado.

Ainda se tentou agregar algumas categorias no sentido de tornar aplicável o teste do Qui-Quadrado, mas na sua maioria, deixava de fazer qualquer sentido.

Face à impossibilidade de efectuar correlações procedeu-se à discussão dos dados através da análise descritiva dos mesmos, de forma a responder à questão de investigação e assim concluir o estudo.

7 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo apresenta os resultados da análise da informação retida nos dados colhidos e processados estatisticamente e sua articulação com o enquadramento teórico efectuado previamente.

Como se verificou durante a apresentação dos dados, o estudo não permitiu desenvolver hipóteses ou correlações capazes de explicar parte da problemática do paradigma da formação contínua dos enfermeiros na organização hospitalar. No entanto, possibilita tecer algumas considerações, através da abordagem descritiva do estudo exploratório das frequências absolutas das variáveis em estudo, à luz da investigação empírica realizada.

A investigação pretendeu analisar a realidade da formação contínua desenvolvida pelos enfermeiros responsáveis pela formação em serviço, tendo em conta duas dimensões indissociáveis do ponto de vista da investigadora: perceber como é desenvolvida a formação contínua em serviço na organização hospitalar objecto de estudo e conhecer a percepção dos enfermeiros sobre o impacte dessa formação no desenvolvimento das suas competências em contexto hospitalar.

Tendo em perspectiva a importância da formação contínua dos enfermeiros, para a eficácia das organizações e para a melhoria da qualidade das competências dos enfermeiros, o estudo permitiu relacionar a realidade constatada com a bibliografia consultada. No sentido de conhecer o fenómeno de estudo do ponto de vista das pessoas integradas num ambiente e estrutura organizacional, a caracterização da amostra permitiu reter informação bastante significativa, do ponto de vista da gestão da formação dos recursos humanos, capaz de explicar os resultados e permitir desenvolver estratégias de melhoria.

Assim, quanto à caracterização do grupo de enfermeiros da organização hospitalar estudada, no que concerne a sua maturidade e experiência profissional, verifica-se ser uma equipa jovem, com idades maioritariamente entre os 23-25 anos, seguida das idades entre os 40-45 anos. Segundo Bancalero (2006), esta realidade corresponde a uma organização com uma “estrutura comercial” bastante jovem, no que concerne o grupo profissional de enfermagem, onde 168 enfermeiros (81%) estão abaixo dos 45 anos. Concomitantemente, cerca de um quarto dos enfermeiros respondentes, exercem funções na organização à menos de 3 anos e associados aos restantes enfermeiros que exercem funções há menos de 10 anos na organização, totalizam mais de metade dos enfermeiros com relações de pertença à organização hospitalar inferior a 10 anos, o que traduz diferentes níveis de sentimento de identidade e partilha dos colaboradores com os valores culturais da organização. Tal como

refere Câmara et al (1999), a cultura da empresa consiste “Num conjunto de crenças, princípios e actuações assentes em valores que são partilhados pelos seus membros e que distinguem aquela Empresa das demais. Portanto, por um conjunto de características-chave, valorizadas pela organização.” É a sensação de identidade que permite distinguir as culturas organizações das demais, quer através do nível de formação dos colaboradores quer pelo papel da homogeneização de comportamentos admissíveis e valores morais, legais e atitudes partilhados por todos, alinhando-os com a missão da organização.

Quanto ao tempo de exercício profissional no serviço de desempenho de funções, tendo em consideração as políticas de mobilidade interna, verifica-se haver uma permanência no actual serviço inferior a 5 anos para a maioria dos enfermeiros, seguida de uma amostra significativa de enfermeiros que desempenham funções no actual serviço, em tempo inferior a 3 anos. O que segundo Bancaleiro (2006:63), obriga ao delineamento de um plano de intervenção na área da formação porque “Este tipo de estrutura requer habitualmente, um esforço redobrado em termos de recrutamento, integração (especialmente na cultura da empresa) e desenvolvimento de competências.” Isto porque existe um baixo sentimento de pertença e identificação com a organização em termos culturais, o que implica, tal como referido pelo autor, um plano de acolhimento e integração à instituição capaz de dinamizar e mobilizar atitudes, comportamentos, conhecimento e habilidades consentâneas com as competências exigidas e necessárias à estratégia de desenvolvimento e crescimento da organização.

As organizações de saúde, nomeadamente as hospitalares tem uma área de gestão de recursos humanos, administrada de forma algo diferente da praticada na maioria das empresas modernas, direccionadas para a estratégia de desenvolvimento das qualificações do seu capital humano, factor de valor acrescentado para a organização (Chiavenato:2006). Meignant (1999), Bancaleiro (2006), Sousa et al (2006), entre outros autores, referem a importância da gestão de recursos humanos nas duas vertentes da organização: a do auto desenvolvimento que ajuda a organização a alcançar os seus objectivos e a realizar a sua missão, definir e manter políticas éticas e socialmente responsáveis e proporcionar competitividade à organização; e das pessoas, no sentido de proporcionar à organização colaboradores competentes e motivados, permitindo às pessoas desenvolver e manter a satisfação e a qualidade de vida no trabalho. Entre estas funções, segundo os mesmos autores, o recrutamento e selecção de pessoas implica um conhecimento e visão estratégica das necessidades da empresa em número e qualificação, como forma de previsibilidade no

tempo e no espaço, das necessidades em quantidade suficiente e necessária e, qualificação apropriada ao contexto de trabalho.

De facto, uma equipa jovem proporciona possibilidades de desenvolvimento organizacional a médio e longo prazo, trazendo novas perspectivas e formas de desenvolver o trabalho mas obrigando a um planeamento e investimento atempado nas formas de acolhimento, integração e formação dos profissionais quer em termos técnico-científicos como relacionais e sociais, o que requer um acréscimo de recursos humanos, financeiros e de estruturas. O que contraria a lógica da estratégia actual das políticas de gestão de recrutamento de recursos humanos como forma de contenção de custos.

Nesta perspectiva o grupo necessita, por um lado, de ser estudado do ponto de vista das necessidades formativas, de forma a ser detentor de habilidades adequadas às actividades a desenvolver no local de trabalho, por outro lado, o processo e tempo de integração que necessita ser disponibilizado a um grupo profissional com características jovens, nomeadamente a disponibilização de mais tempo para integração à cultura organizacional. A figura de Coaching nas organizações, é defendido na actualidade, por vários autores como Meignant (2003), Sousa et al (2006) e Bancaleiro (2006), entre outros, por ser considerado um sucesso no apoio ao desenvolvimento das pessoas quando feito por pessoas tecnicamente habilitadas em termos individuais, integrado no seu ambiente e prolongado no tempo.

Relativamente à experiência profissional dos enfermeiros da amostra, de acordo com Benner (2001), este grupo encontra-se maioritariamente ao nível de iniciado, seguindo-se o experiente, sendo que o hospital neste momento possui um número significativamente mais baixo de enfermeiros peritos e proficientes, denotando-se uma igualdade na existência de enfermeiros peritos e de iniciados. Perante estas considerações, constata-se que os enfermeiros alvo do estudo, são um grupo de enfermeiros significativamente jovem no que respeita ao tempo de exercício de funções e que carecem de supervisão e acompanhamento de enfermeiros *experientes* e estes por sua vez dos *proficientes* de acordo com a terminologia de Benner. O que corrobora a opinião de Bancaleiro sobre a necessidade acrescida da organização em formar enfermeiros tecnicamente habilitados para desenvolverem a função de coaching.

Quanto à categoria profissional, visto as competências dos enfermeiros estarem definidas em termos de especificidade, segundo a categoria profissional detida, constata-se que a maioria dos enfermeiros tem a categoria profissional de licenciado e que uma minoria dos enfermeiros da prestação de cuidados tem competências especializadas. O que denota a falta de investimento da organização, na formação pós graduada de especialização em

enfermagem dos enfermeiros, limitando a intervenção dos enfermeiros com competências especializadas e os ganhos em promoção da saúde e readaptação funcional dos doentes e consequente melhoria da qualidade de cuidados de saúde prestados à população, inibindo a capacidade da organização em dar respostas às necessidades da população em termos de cuidados especializados de enfermagem e satisfação da população pela melhoria da qualidade dos cuidados recebidos.

Apesar do número reduzido de enfermeiros especialistas, na prestação de cuidados, pode-se constatar através do estudo que um número significativo de enfermeiros, apesar de ter concluído o curso de pós graduação, não possui o título de enfermeiro especialista, condicionando não só a sua intervenção como enfermeiro especialista e os consequentes ganhos em saúde para os doentes, mas também contribuindo para a desmotivação dos enfermeiros para investirem na sua formação contínua devido à inexistência de um sistema de recompensas. Fazendo analogia às teorias motivacionais de Maslow (1954) e Herzberg (1968), entende-se a importância e o interesse para a organização, em deter colaboradores com necessidades básicas satisfeitas, nomeadamente as necessidades fisiológicas (alimento, abrigo, repouso, etc), de segurança (protecção contra perigos ou privação) que se atingem através do salário. Ora, os enfermeiros graduados com especialidade em enfermagem, desempenham funções de especialistas, mas são remunerados como enfermeiros graduados. Necessidades de pertença (ser aceite), de estima (ser reconhecido, ter uma competência etc), de realização pessoal (exercício da sua criatividade etc), alcançam-se através do reconhecimento pelo resultado das suas competências quer em termos individuais como resultantes do trabalho em equipa e que podem passar por feedback positivo dos colegas, doentes e familiares, chefia directa ou mesmo da organização, através de alguma forma de recompensa (prémio, dinheiro, regalias etc). Para além disso, torna-se importante analisar os factores motivacionais ainda outras condicionantes. Pois tal como referido por Ortsman (1978) e Bancalero (2006), as necessidades não satisfeitas influenciam o comportamento, dirigindo-o para os objectivos, para além disso as necessidades superiores só se manifestam quando as inferiores estiverem satisfeitas ou controladas e as necessidades mais baixas dão origem a um ciclo motivacional mais rápido enquanto as mais elevadas dão origem a um ciclo motivacional mais longo. No entanto, as necessidades elevadas têm predominância em relação às mais baixas, mas se estiverem muito tempo sem serem satisfeitas tornam-se imperativas. O que pode explicar de alguma forma os factores de motivação para o trabalho e desenvolvimento das competências pela formação da amostra de estudo. Sendo necessário

delinear um plano de acção que integre os factores motivacionais dos enfermeiros que passa pela satisfação das necessidades referidas.

Assim, de acordo com a bibliografia consultada, a orientação da gestão de pessoas através de uma abordagem por processos, tal como o existente na organização em estudo, proporciona ferramentas úteis para a planificação da estratégia de desenvolvimento das pessoas na organização. Percebendo-se pela análise da amostra, a necessidade em assegurar um estudo de previsão de crescimento da organização e de reestruturação organizacional ou tecnológica de forma a orientar as estratégias de recrutamento e selecção de pessoal futuro e a necessidade em adequar a formação de acolhimento e integração futura, às características do novo colaborador e planear o desenvolvimento de competências dos enfermeiros com tempo inferior a 5 anos, em função das especificidades dos processos definidos na organização. Pois tal como referido por Sousa et al (2006), no respeitante ao papel da formação comportamental no acto de acolhimento “ (...) a mesma é essencial para que o candidato possua uma ideia clara sobre os valores fundamentais da organização.”

Estas considerações acerca das características dos sujeitos de estudo, no que respeita a idade, experiência e sentimento de pertença à organização, indicia a estratégia a tomar, contribuindo para o desenvolvimento de um plano de intervenção adequado à população de enfermeiros da prestação de cuidados que integram a organização.

Caracterizada a população de estudo, a ordem de análise e discussão dos resultados, segue a mesma ordem de questões do questionário:

- Conhecer a qualidade da formação desenvolvida pelo enfermeiro responsável pela formação em serviço;
- Conhecer se os enfermeiros de cuidados gerais participam e colaboram na formação em serviço;
- Conhecer a importância atribuída pelo enfermeiro da prestação de cuidados à formação contínua como factor de desenvolvimento de competências;
- Qual a motivação dos enfermeiros para participarem na formação em serviço.

Para enquadrar as respostas sobre o processo formativo, inquiriu-se os enfermeiros sobre as formações que frequentaram no último ano. Solicitando-se ao enfermeiro que tivesse por referência a que mais contribuiu para a melhoria do seu desempenho. Assim, quanto à participação em acções de formação constatou-se que a grande maioria dos enfermeiros frequentou acções de formação em serviço no período de um ano. Fazendo análise da tipologia das acções de formação, todas se inserem ao nível do saber técnico e da prática.

Como Sousa et al (2006) afirmam, o objectivo da gestão de pessoas por processos é contribuir para o crescimento e resultado da empresa, através do potencial técnico e relacional das pessoas. Também Aubrun e Orofiamma (1990), referem a importância do desenvolvimento não só dos comportamentos profissionais e sociais ligados a tarefas concretas, mas também das atitudes, capacidades criativas e valores sócio culturais e éticos. Denotando-se através da análise dos dados, haver um maior investimento dos enfermeiros no desenvolvimento de competências na área do saber fazer e poucas na área comportamental e relacional (saber ser e saber estar).

Para responder ao objectivo específico:

- Conhecer o impacto da formação em serviço no desenvolvimento de competências dos enfermeiros da prestação de cuidados em contexto de trabalho;

Consideraram-se 13 variáveis que puderam ser agrupadas em três factores que avaliaram a dimensão pretendida. Decompondo os factores nas características das variáveis que explicavam o mesmo fenómeno:

- O **factor 1**, pretendeu conhecer se a formação planeada integrava os objectivos e componentes de sucesso da formação, segundo a bibliografia consultada, determinando a qualidade e adequação da mesma através de questões sobre a adequação às necessidades (variáveis A e B); transferência para o contexto de trabalho (variáveis C, E, F, G); motivação para a transferência (D, H).
- O **Factor 2**, pretendeu avaliar a **Adequação da formação à mobilização de competências em contexto de trabalho** dos enfermeiros, através de variáveis sobre a congruência das temáticas da formação com os conhecimentos que o enfermeiro necessita desenvolver (variável G), se já tinha aplicado e se continuava a aplica os conhecimentos aprendidos (variáveis H, I) e se melhorou a autoconfiança após mobilização das competência aprendidas (variável J).
- O **Factor 3**, pretendia conhecer se existiu processo de avaliação dos resultados da formação quer em termos de feedback positivo, ou de avaliação do desenvolvimento das competências após a formação.

Assim, decorrente da análise das frequências absolutas e relativas obtidas através das respostas dos enfermeiros a estas variáveis, constatou-se que de facto a maioria dos enfermeiros respondeu de forma positiva através do item de avaliação da escala de Likert “frequentemente”. Os dados obtidos confirmam que a formação desenvolvida nos serviços pelos enfermeiros têm em consideração os factores que concorrem para o impacto da

formação em serviço no desenvolvimento de competências dos enfermeiros da prestação de cuidados em contexto de trabalho. Tal como defendido na bibliografia consultada, autores como Peretti (1997), consideram que a formação deve responder aos desejos dos colaboradores e contribuir em alto grau para a obtenção dos seus objectivos que é a satisfação profissional e performance económica, se pensarmos na empresa. Para autores como (Le Boterf:1991), a formação contínua deve ser planeada para evitar o surgimento de determinados problemas. Por isso, o planeamento da formação deve, também, procurar estabelecer o diferencial entre os factores explicativos que resultam da carência de competências e dos que resultam da deficiência de material, circuito de comunicação, evolução da concorrência. (Le Boterf:1991; Meignant:1999). Daí a necessidade em conhecer se os enfermeiros possuíam acesso aos recursos necessários para desenvolver as suas competências, cuja resposta foi na sua maioria positiva.

O planeamento das acções de formação nas organizações, segundo (Peretti:1997) visa satisfazer os objectivos estratégicos da organização, o que passa por: dar uma competência profissional aos que a não têm, ou desenvolver a do pessoal qualificado e da hierarquia; reactualizar o conhecimento técnico que visa manter o potencial dos trabalhadores; melhorar o clima social, dando satisfação ao maior número de pedidos possível, entre outros factores a considerar. Para Bancalero (2007), a formação profissional tem como objectivos desenvolver competências e atitudes para desempenhar de forma eficaz a curto, médio ou longo prazo uma determinada tarefa ou função. Considerando-se a formação como a transferência de informação e conceitos, com o objectivo de tornar a pessoa mais competente. O que de acordo com as respostas às variáveis de estudo, segundo a percepção dos enfermeiros respondentes, a formação contínua desenvolvida nos seus serviços obedece a estes critérios. Considerando, os enfermeiros na sua maioria que a formação contínua tem impacto no desenvolvimento de competências dos enfermeiros em contexto de trabalho. No entanto, carece confirmar como, em que circunstâncias e extensão. Pois tal como referido por Campos (1984), a maior ou menor utilidade da formação surge, assim, associada ao tipo de impacto gerado a vários níveis: impacto ao nível do desempenho dos indivíduos, dos grupos e das organizações.

Neste grupo de variáveis há ainda a destacar, a questão nº 21, sobre o feedback positivo recebido durante a aplicação dos conhecimentos desenvolvidos na formação, em contexto de trabalho, pelo enfermeiro, por ter recebido respostas significativas nos itens negativos da escala. O que possibilita depreender que o suporte da liderança ou do processo de tutoria/coaching não se processa de forma eficaz na organização hospitalar. Também sobre

questão do enfermeiro ter recebido apoio/ informação/tutoria antes e após a formação, cuja maior frequência foi na escala de medida “*algumas vezes*”, revela igualmente que o suporte da liderança e/ou do processo de tutoria/coaching não se processa de forma sistemática, como seria desejável (Rocha:2007; Bancaleiro:2006; Sousa, Duarte, Sanches e Gomes:2006). Para além disso, segundo Mintzberg (2006), o papel da liderança é desenvolver relações entre os pares, motivar para a acção, disseminar informação, alocar recursos e estabelecer processos comunicacionais. O que remete para a necessidade em desenvolver planos formativos para chefias intermédias, que incluam o papel da comunicação assertiva, processos informacionais, motivacionais e de tomada de decisão.

O segundo grupo de variáveis estudada pretendia estabelecer o nível de ***Participação do Enfº PC na formação em serviço e colaboração com o Enfº RF***. Verificando-se igualmente, neste grupo de variáveis que a maioria dos inquiridos respondeu “*frequentemente*” ou “*algumas vezes*” à maioria das questões colocadas para responder ao segundo objectivo de estudo. Podendo-se concluir que na sua maioria os enfermeiros da prestação de cuidados participam na formação em serviço e colaboram com o enfermeiro responsável pela formação em serviço, apesar de existir uma dispersão de respostas por toda a escala e ao longo de todas as variáveis.

No entanto, constatou-se que na maioria, os enfermeiros colaboram com o enfermeiro responsável pela formação em serviço. Os que responderam que não colaboravam prendia-se maioritariamente com o motivo de não haver enfermeiro responsável pela formação, motivado por período de transição para selecção de um novo enfermeiro para a função. A maioria dos enfermeiros respondeu conhecer o plano de formação do serviço, apesar de haver enfermeiros que o desconhecem, factor que carece ser estudado no sentido de perceber onde reside a falha no circuito informacional. Segundo Rocha (2007:96) “A forma de comunicação reflecte o tipo de estrutura organizacional e, por sua vez, a comunicação tem influência significativa na estrutura e no seu funcionamento. Por outro lado, quanto maior e mais complexa for uma organização, maior a necessidade de integração; e a comunicação é um poderoso mecanismo para conseguir a integração e a coordenação.”

Quanto ao grupo de variáveis que pretendiam avaliar a dimensão da participação do enfermeiro da prestação de cuidados, de acordo com as várias determinantes do ciclo formativo e opções pessoais, foi intenção procurar saber através da análise factorial quais as dimensões em que se decompunham as variáveis para medir a participação na formação.

Quanto à participação activa no conjunto de actividades dos enfermeiros, incluídas nas actividades de desenvolvimento de competências no serviço, os enfermeiros colaboram *frequentemente* nas acções de formação que respondem aos seus interesses, na implementação e dinamização dos projectos de qualidade e nas actividades que concorrem para a uniformização dos critérios de actuação após a formação.

No que concerne a participação activa no desenvolvimento de procedimentos/projectos no serviço, a maioria responde que só participa às vezes e um número significativo refere que o faz poucas vezes. Mas tal como referem autores como Mezomo (2001:33), “ As pessoas fazem o diferencial de qualquer organização e elas precisam participar e deter parte do poder de decisão. Elas precisam sentir-se importantes porque só assim assumirão a responsabilidade pela produção da qualidade, tornando a organização vencedora.”

O que se destaca deste grupo de variáveis é o facto dos enfermeiros não participarem em estudos de caso com frequência, o que diverge da bibliografia consultada, pois, de acordo com Benner, Watson e Hesbeen, é na prática reflexiva, na e para a acção que os enfermeiros desenvolvem, os seus saberes e melhoram o sua intervenção e é neste contexto que a partilha de experiências contribui para o desenvolvimento das performances pessoais dos enfermeiros e contribuem para a evolução da prática de enfermagem. Esta metodologia decorre das teorias de Kolb (1976), que partiu da ideia que as pessoas necessitam experimentar para aprender, identificando quatro estilos de aprendizagem que incluem a experiência concreta, observação reflexiva, conceptualização abstracta e experimentação activa (Marquis&Huston:1996). Apesar dos estudos de caso inicialmente se aplicarem como forma de aprendizagem por experiência apenas aos enfermeiros no ensino da liderança e gestão (desde 1959 com Pierson; Gordon e Howel, segundo Marquis&Huston:1996) e implicar uma variedade significativa de experiências de aprendizagem (Stevens:1982; segundo Marquis&Huston:1996), de forma a não se tornar inadequado. O certo é que esta metodologia aplicada desde a formação inicial de enfermagem é facilitadora da aprendizagem porque entre outros factores, permite através de um exercício (estudo de caso – situação clínica real) integrar os conhecimentos de conceitos teóricos e experiências individuais dos membros de um grupo, de forma a analisar os problemas e soluções/plano de actividades de enfermagem, incentivando à partilha de conhecimentos e experiências. Além disso a solução de problemas em grupo permite estimular as relações interpessoais entre os participantes e facilita a partilha de conhecimentos e experiências por parte dos enfermeiros mais experientes, contribuindo para o conhecimento organizacional.

Quanto ao grupo de variáveis que avalia a qualidade da formação em serviço, tal como confirmado pela análise factorial, as dezasseis variáveis medem a dimensão ***“Opinião sobre a qualidade da formação em serviço”***.

De uma forma geral, o enfermeiro responsável da formação reúne as características e competências para a função uma vez que a maioria dos enfermeiros respondeu frequentemente a todas as questões colocadas. Denota-se a par com variáveis semelhantes nos outros grupos que mediam outras determinantes do desenvolvimento da formação, que a avaliação dos processos e resultados, não se realizam de forma sistemática, por haver grande dispersão e inconformidade de opiniões ao longo dos itens de avaliação da escala. As variáveis que medem a qualidade da formação, foram agrupadas através da análise factorial em quatro factores que integram a dimensão da “Apreciação e avaliação da formação; Competências pedagógicas do enfermeiro responsável pela formação; Competência relacional do enfermeiro responsável pela formação em serviço e Avaliação da satisfação da formação. Quanto a este grupo de variáveis não existiu predominância significativa, na maioria das variáveis, relativamente ao item da escala de avaliação escolhido. No entanto, pode constatar-se que as respostas às variáveis são praticamente unânimes em confirmar que a formação, desenvolve-se com qualidade e o enfermeiro responsável pela formação possui o perfil de competências específicas espectáveis para a função de enfermeiro responsável pela formação em serviço, tanto em termos de competências técnicas e pedagógicas como relacionais.

Segundo Pinheiro&Ramos (2005:12) “ao formador compete pôr em funcionamento o dispositivo-método através da utilização, em situações de formação, de um conjunto de técnicas e instrumentos pedagógicos”. “A dinâmica de grupo, através das suas técnicas, favorece a mudança nas pessoas com vista à sua melhor adaptação.” (Barata:2005). Nesta linha de pensamento, como responsável pela formação o enfermeiro necessita deter competências na área pedagógica e relacional, no sentido de perceber e dinamizar o grupo de forma a perceberem como a informação detida pelo grupo vai influenciar o seu comportamento de forma a intervir com assertividade. Do Enf. RF espera-se uma atitude e comunicação assertiva com a equipa, transmitindo os seus pontos de vista, mas dando espaço aos outros para o fazerem e perceberem que são escutados e compreendidos. Para comunicar com eficácia e simultaneamente com integridade, segundo Azevedo (1999) é promover os seus direitos não violando os direitos dos seus interlocutores.

Segundo Hare&Reynolds (2003) os factores preditores da transferência da aprendizagem são a qualidade da concepção da formação, as competências do formador, a atitude do chefe

do aprendente, o interesse do aprendente no assunto, ainda segundo os mesmos autores, de acordo com investigação de Goldstein (1998), a atitude do chefe é o factor mais importante. Para conhecer como estes factores se desenvolvem, segundo Hare&Reynolds (2003:79), “ (...) o que acontece antes do evento de aprendizagem – a preparação – e o que acontece depois – o seguimento – é mais importante que o próprio evento. Porque necessitamos de julgar os eventos de aprendizagem não só através do agrado que nos provocam mas também da sua utilidade. A utilidade de um evento de aprendizagem assenta mais na preparação e no seguimento do que no próprio evento. Para Meignant (2003), a possibilidade de aplicar os conhecimentos adquiridos em situação real de trabalho, ou o nível de transferência para as situações de trabalho corresponde ao nível 3 da avaliação da formação e que segundo Meignant (2003) uma das causas principais da não qualidade da formação (e do desperdício de recursos) reside no facto dos formandos não aplicarem o que aprenderam quando voltam à organização ou serviço. A avaliação do nível 3 segundo Meignant (2003) utiliza-se para avaliar a capacidade da gestão para valorizar os conhecimentos adquiridos como a própria formação. Para isso, a montante de uma acção de formação que visa a modificação a curto prazo de um comportamento individual ou colectivo no trabalho, se forem definidos os indicadores de transferência e um processo de acompanhamento concertado entre os formadores, o enquadramento e os formandos, é possível avaliar de forma relativamente precisa a transferência dos conhecimentos adquiridos na formação para a situação de trabalho.

No que concerne à importância atribuída pelos enfermeiros à formação contínua como factor de desenvolvimento de competências, que é o 4º objectivo específico de estudo, a maioria dos enfermeiros atribui *bastante e muita importância* à formação como factor de desenvolvimento de competências.

De acordo com a autopercepção dos enfermeiros, os conhecimentos técnicos, científicos, relacionais e culturais que detém, são *muitos*, seguidos por *médios*. Se for cruzada esta informação com os resultados da avaliação de desempenho é possível desenvolver um plano de desenvolvimento de competências, orientado para o diagnóstico de necessidades formativas dos colaboradores e estratégia de desenvolvimento da formação contínua.

Segundo Hesbeen (2001:68)

(...) a formação contínua deve proporcionar a aquisição de novos conhecimentos e o domínio de certas técnicas, mas a sua função essencial reside na maior abertura profissional com base na sua

experiência, com vista a enriquecê-la, a conceptualizá-la e a ajudá-lo a encontrar espaços de liberdade que lhe permitam uma prática reflectida mais aperfeiçoada e mais portadora de sentido.

O último objectivo específico desta investigação, pretendeu conhecer se os enfermeiros estavam motivados para participar na formação contínua. A maioria (24,6%) respondeu que estava *bastante* motivado para a formação, contudo houve enfermeiros que responderam “*muito pouco*”. Para autores como Sousa et al (2007:101) “ A satisfação dos diversos níveis de necessidades é assumida como um processo motivacional, individual e subjectivamente construído. Isto significa que cada pessoa valoriza mais esta ou aquela forma de colmatar a necessidade a satisfazer.” De acordo com a teoria dos dois factores de Herzberg (1968), baseado na teoria das necessidades de Maslow (1954), os factores higiénicos só afectam a motivação quando ausentes enquanto os factores motivadores levam à satisfação no trabalho (Orstman. 1978; Rocha:2007). Os factores que levam à satisfação do trabalho são diferentes dos que levam ao descontentamento com o trabalho. Herzberg (1968), definiu como factores de satisfação do trabalho aspectos como a realização, o reconhecimento, responsabilidade, progresso e crescimento. Segundo McLelland (1961), por seu lado, algumas pessoas tem uma forte necessidade de realização enquanto que a maioria nem por isso.

Cabe por isso, à gestão intermédia, desenvolver estratégias de liderança capazes de promover o envolvimento das pessoas no dia a dia da organização.

Como se referiu na análise dos resultados não se conseguiu inferir ou relacionar qualquer hipótese ou variável que explique as determinantes da motivação, importância, qualidade e impacto da formação. Houve sempre respostas em toda a escala de Likert, com maioria nas respostas *frequentemente*, salientando-se em algumas variáveis, maioria na resposta *algumas vezes*. Pelo que a proposta de intervenção impõe que se reflecta sobre as respostas negativas ou menos positivas, mais do que valorizar as respostas positivas, já que não foram significativamente elevadas nem se conseguiram interrelacionar de forma lógica. De referir que por exemplo nem a idade, tempo de serviço ou categoria profissional, ou mesmo tempo na instituição, justificaram algumas das respostas às variáveis que se pretendiam conhecer e que respondiam aos objectivos de estudo, de acordo com a perspectiva dos autores estudados.

De facto, pode-se concluir que maioritariamente os enfermeiros consideram que a formação é “*muito*” importante como factor de desenvolvimento de competências, tem qualidade, tanto em termos de adequação às necessidades do serviço, como em relação às competências

do enfermeiro responsável pela formação e dos recursos estruturais necessários à realização de formações com qualidade no serviço: equipamento e tecnologias para desenvolver as competências no serviço.

Apesar da investigação responder de forma positiva aos objectivos específicos, levanta mais questões que certezas, determinando que apesar de ser importante conhecer como se desenvolvem as actividades e os processos, ou seja como se desenvolve o ciclo formativo e o seu resultado em termos de desenvolvimento de competências, é imprescindível e prioritário conhecer e perceber as determinantes e preditores que concorrem para a não conformidade e uniformidade dos procedimentos, ou seja o porquê dos resultados obtidos.

Quanto ao objectivo geral do estudo que pretendia:

- Conhecer a eficácia da formação no desenvolvimento de competências dos enfermeiros da prestação de cuidados da organização hospitalar.

Não foi possível conhecer a autopercepção dos enfermeiros sobre a eficácia da formação, na transferência sistemática dos conhecimentos para o contexto de trabalho, face à heterogenia de respostas a questões idênticas desdobradas. Por esse facto não foi possível correlacionar as variáveis entre si.

Através dos resultados obtidos constata-se ser necessário desenvolver uma estratégia de intervenção em três vertentes prioritárias nomeadamente:

- Desenvolver uma taxonomia de descrição de funções para o enfermeiro responsável pela formação em serviço;
- Estabelecer um sistema de recompensas, com base nos resultados do ciclo formativo numa perspectiva de desenvolvimento de competências e melhoria contínua dos cuidados prestados, de forma a contribuir para maior motivação para os enfermeiros desenvolverem e participarem na formação contínua.
- Envolver activamente o Enfermeiro Chefe, pelo seu papel de liderança no desenvolvimento de competências dos enfermeiros do serviço que coordena e da sua interrelação como factor integrante do processo de avaliação de desempenho anual.

Segundo Sousa, Duarte, Sanches e Gomes (2006), o foco da *Gestão de pessoas por processos*, está centralizado nas competências, na adequação do sistema de avaliação, de reconhecimento e recompensas., para além do papel activo do líder.

Não esquecendo que a política de formação, tal como refere Meignant (2003:51) ” não se justifica, portanto na empresa por si mesma, mas pela sua contribuição para a eficiência da organização”.

Ficou patente no estudo realizado que existe uma lacuna no processo de avaliação de todo o ciclo formativo e como tal não é possível justificar a formação em termos de contributo para a eficiência da organização, tão somente em termos de melhoria contínua das competências dos enfermeiros da prestação de cuidados, não se podendo portanto justificar a sua importância para o crescimento da organização.

7.1 – Limitações do Estudo e Investigações Futuras

Este estudo pretendeu contribuir para a resolução de uma problemática sentida, dar sentido às experiências das pessoas na organização, compreender a regularidade dos fenómenos, prever situações futuras e projectar melhorias adequadas aos fenómenos detectados.

No entanto, várias barreiras e resistências impediram a sua cabal resposta. Apesar de tudo serviu os objectivos, fundamentando as percepções subjectivas, retidas à partida, com base em evidência científica, não em suposições. A formação contínua dos profissionais de saúde, na óptica do desenvolvimento das competências fundamentais e qualificantes para a organização hospitalar, carece ser planeada, implementada e monitorizada, de forma a se conseguir “números” que nos “contem histórias” de forma a fundamentarmos os custos inerentes à realização da formação contínua., tal como refere Bancaleiro (2006).

A reestruturação da Carreira de Enfermagem, irá trazer alguns condicionalismos ao papel dos enfermeiros responsáveis pela formação em serviço e mesmo dos enfermeiros nos departamentos de formação dos hospitais. Pelo que a continuação deste trabalho poderá estar condicionada.

A incidência do estudo, terá forçosamente de ser encarado numa perspectiva de eficácia da formação no desenvolvimento das competências dos enfermeiros e dos ganhos em saúde para o doente e para a eficiência da organização. O desenvolvimento de métricas de avaliação do impacte da formação nos contextos de trabalho nas práticas dos enfermeiros, com indicadores de qualidade torna-se mandatário.

Apesar da amostra ter sido estatisticamente significativa, envolveu apenas cerca de 50% da população dos enfermeiros e cerca de 14% dos profissionais da organização hospitalar de estudo. Feito o diagnóstico da situação, sabendo o que deve ser feito e encontrando as

lacunas do processo, é possível delinear um plano de intervenção adaptado à realidade e situação concreta. O instrumento de colheita de dados possibilitou obter muita informação, mas dificilmente concreta e passível de fornecer uma evidência real da qualidade da formação desenvolvida nos serviços da instituição hospitalar.

Só através de uma observação da prática e da qualidade dos registos, nomeadamente do desenvolvimento do ciclo formativo, objectivos do plano de sessão de formação, conteúdos programáticos, metodologias e métodos pedagógicos da sessão e implementação de um sistema de avaliação aos 4 níveis, da apreciação da formação, dos conhecimentos, dos impactes das competências e desempenho, satisfação dos utentes e eficiência da organização é possível obter resultados que evidenciem uma situação concreta.

O estudo abriu a porta para muitos outros, tornando-se evidente a necessidade em efectuar um Case Study das formações a desenvolver na organização hospitalar e perceber quais os construtos e factores passíveis de promover a transferência dos adquiridos para o contexto de trabalho.

8 - PROJECTO DE INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL

Face à informação contida nas respostas fornecidas pelos enfermeiros da prestação de cuidados aos questionários dados, foi possível conhecer o “Estado da Arte” da formação desenvolvida na organização hospitalar estudada, possibilitando realizar um diagnóstico de situação que permitisse delinear uma estratégia de intervenção Sócio-Organizacional na saúde, através do desenvolvimento das cinco fases do ciclo formativo, segundo processos de validação e avaliação da qualidade das diversas actividades das fases do ciclo, assim como, dos resultados da formação.

Havendo divergência nas percepções dos enfermeiros, sobre a forma como é desenvolvido o ciclo formativo, nos vários serviços da instituição, impacte da formação no desenvolvimento de competências, nível de colaboração e motivação do enfermeiro da prestação de cuidados para participar nas acções formativas e partilhar sugestões com o enfermeiro responsável pela formação em serviço, entende-se ser necessário desenvolver intervenções que permitam:

- Melhorar a partilha e transmissão de informação na organização, no que concerne a formação contínua, melhorando a retenção da informação através da optimização dos registos;
- Desenvolver métricas para avaliação do impacte dos resultados das fases do ciclo formativo no desenvolvimento de competências;
- Dinamizar o papel da liderança no processo de desenvolvimento de competências dos enfermeiros da prestação de cuidados;
- Conhecer o clima organizacional vigente actualmente na organização numa perspectiva de mudança para uma cultura de qualidade;
- Contribuir para aumentar a motivação para colaborar com o enfermeiro responsável pela formação em serviço e participar na formação contínua;
- Definir e descrever as funções do enfermeiro responsável pela formação em serviço;
- Conceber um plano de acolhimento e de integração dos enfermeiros que inclua formação sobre os requisitos base para a função e projectos no âmbito da qualidade;

As intervenções subjacentes ao processo de melhoria que se pretende introduzir, para alcançar os objectivos descritos, pressupõem uma proposta de “Plano de Intervenção sócio – organizacional na área da gestão da formação contínua” que passa pelas seguintes actividades:

- Apresentação dos resultados do estudo à Direcção de Enfermagem e Enfermeiros Chefes em reunião da Comissão de Enfermagem, posterior apresentação dos dados ao Conselho de Administração e em auditório aos enfermeiros da organização. Permitirá após apresentação dos resultados servir de momento de reflexão conjunta sobre os resultados.
- Desenvolvimento da melhoria da gestão da informação através da uniformização de registos. Face à heterogenia de respostas quanto ao processo de avaliação da formação e fases de desenvolvimento do ciclo formativo, considera-se ser necessário rever e actualizar o manual. Para o efeito foram reestruturados os impressos existentes para a planificação, divulgação e validação das acções de formação em serviço, assim como se explicitou a informação contida no Manual da Formação Contínua em Serviço dos Enfermeiros da organização: "Dossier Pedagógico".
- Torna-se igualmente mandatário efectuar o regulamento interno do centro de formação, de forma a incluir o núcleo de formação e investigação em enfermagem no departamento de formação, uma vez que o único regulamento existente, está desactualizado, não inclui o NFIE e não informa sobre a abrangência das suas actividades. O núcleo de formação e investigação em enfermagem, até à actualidade, ter concorrido para a dinamização e desenvolvimento da formação do hospital e não consta no organigrama da instituição ou mesmo do departamento de formação. Foi realizada uma proposta de regulamento, pela sua importância na área de intervenção Sócio-Organizacional da organização e administração dos recursos humanos que foi apresentada ao Conselho de Administração do HNSR, EPE – Barreiro. Aguardando-se parecer.
(Manual e impressos apresentam-se no suporte informático incluso).
- Programação de reuniões trimestrais do enfermeiro coordenador do Núcleo de Formação e Investigação em Enfermagem, com os enfermeiros responsáveis pela formação para partilha de reflexão sobre a prática e envolvimento dos enfermeiros responsáveis pela formação, nas actividades desenvolvidos pelos NFIE e aferição de métricas, foi outra das propostas a submetidas à Direcção de Enfermagem da Instituição hospitalar, no sentido de melhorar o processo de informação/comunicação entre o departamento e os serviços de enfermagem.
- Planeamento de acção de formação para as chefias intermédias de enfermagem sobre:
 - ◆ Liderança e papel do enfermeiro chefe no desenvolvimento e avaliação das competências dos enfermeiros, após a formação, em contexto de trabalho.
 - ◆ Factores de Motivação dos recursos Humanos da organização. Denotou-se no estudo uma falha na colaboração dos enfermeiros de cuidados gerais, no levantamento de necessidades de formação no serviço, por razões

relacionadas com falta de motivação por não se sentirem envolvidos no processo. A liderança deverá envolver os seus colaboradores em todos os processos de mudança de melhoria das competências e da prestação de cuidados. Carece assim proporcionar primeiro formação às chefias intermédias sobre factores de motivação e regime de recompensas que contribuam para a melhoria da performance dos profissionais que lidera e em segundo, aos enfermeiros RF e de cuidados gerais.

- Aplicação de um questionário de Clima Organizacional para perceber o ambiente percebido pelos enfermeiros, relativamente ao clima vigente na organização, uma vez que está a ser desenvolvido na organização um questionário de cultura organizacional, de forma a conhecer a cultura organizacional existente na actualidade, face aos processos constantes de mudança para uma cultura de qualidade e da constatação de renovação constante dos quadros de pessoal. Existindo colaboradores com contratos de trabalho com diferente cariz jurídico. (Questionário de Clima organizacional em suporte informático).

- O modelo de questionário de clima organizacional, foi adaptado da obra de Bancaleiro (2006:130), porque como referido por Bancaleiro (2006), face às características de uma população jovem, a formação sobre cultura organizacional e conhecimento do clima organizacional, torna-se de inestimável importância na óptica da Gestão de recursos Humanos, para melhor adequar uma estratégia de intervenção passível de responder à situação problemática e de vivência dos clientes internos, neste caso os enfermeiros.

Já o estudo e conhecimento da cultura das organizações de saúde e em particular os hospitais é essencial num processo de mudança, tal como refere Silva (2004:5), uma vez que permite a “compreensão científica das regularidades que regem o funcionamento dos agrupamentos humanos organizados das sociedades contemporâneas.”

- Desenvolvimento de um portfólio de competências para o enfermeiro responsável pela formação em serviço, baseado na descrição de funções definidas para o enfermeiro coordenador do NFIE. Para isso, foi constituído um painel de peritos composto pelos 21 enfermeiros chefes e coordenadores de serviço da organização hospitalar, incluindo a Enfª Directora. Destes, 17 enfermeiros Chefes/Coordenadores de serviço responderam aos questionários.

A descrição de funções do enfermeiro responsável pela formação em serviço, é fundamental para que uma organização crie os alicerces para a uniformização de critérios de análise,

diagnóstico, desenvolvimento de competências e de avaliação da formação contínua dos recursos humanos que possui; condição imprescindível e de inestimável importância para o desenvolvimento da qualidade da prestação de cuidados ao doente.

A descrição de funções, segundo Rocha (2007:132), “Constitui um sumário e um retrato fiel das tarefas objectivos e responsabilidade de uma determinada função.” Ou seja permite enunciar o conjunto de tarefas que compõem uma função (descrição) e indicar as capacidades, responsabilidades e esforços exigidos por essa função (análise). Em regra o recrutamento e selecção de enfermeiros nas organizações públicas obedecem a determinadas condições, como existência de vaga orçamentada ou despacho de descongelamento. Estas condicionantes apontam para a necessidade em definir o conteúdo funcional, tal como exigido no artigo 27º., nº1, alínea c) e d) do Decreto-Lei nº. 204/98 de 11 de Julho. O conteúdo funcional é o ponto de referência para as operações de recrutamento e selecção de pessoal. Não corresponde à definição do conteúdo funcional de uma profissão, mas sim à descrição das funções do local de trabalho na organização.

Depois de sujeito a análise factorial que forneceu um valor estatístico para **KMO de 0,950**, o que segundo Pestana & Gageiro (2005) é uma análise factorial muito Boa. Foi possível demonstrar que existe correlação entre as variáveis e como tal os critérios avaliam a dimensão dada.

A tipologia de competências (entendendo-se por tipologia de competências na vertente do ciclo formativo, as actividades e funções a desenvolver pelos enfermeiros responsáveis pela formação em serviço, numa perspectiva de melhoria das qualificações e como tal do desempenho), foi baseada na tipologia desenvolvida por Dias especificamente para enfermeiros, através do estudo realizado em 2005 sobre “ Construção e Validação de um Inventário de Competências: Contributos para a Definição de um Perfil de Competências do Enfermeiro com Grau de Licenciado.”

A tipologia desenvolve-se em torno dos saberes subjacentes aos diferentes tipos de competências.

Assim, *Saberes*, envolve as competências pessoais ou genéricas, saberes gerais e especializados do âmbito da profissão; *Saber – Fazer*: Refere-se às competências de domínio psicomotor, técnicas e procedimentos que caracterizam a profissão; *Saber – Ser*: Engloba as competências sócio – afectivas, relacionais e Ético – Morais.

A partir desta Tipologia que integra as dimensões de competências definidas para os enfermeiros da prestação de cuidados pela OE, incluíram-se as variáveis que indicam a competência a mobilizar na actividade de responsável pela formação, para cada domínio do

saber, tendo por base as actividades definidas para o coordenador/formador de acções de formação, tal como referido no regulamento do formador definido pela DMRH (2005), instituto do emprego e formação profissional e Instrumentos para transformar a formação. A Descrição das funções do En^º RF apresenta-se no anexo informático.

- Desenvolver uma metodologia de aquisição e desenvolvimento de competências a partir do diagnóstico de necessidades de formação realizado na sessão de acolhimento. As formações a planear incluem as competências chave e transversais a serem detidas por todos os colaboradores da organização e específicos para cada grupo profissional que incluem:

- ◆ Programa de formação em controlo de infecção hospitalar;
- ◆ Conhecimentos sobre prevenção de acidentes e riscos profissionais, na óptica da saúde ocupacional;
- ◆ Procedimentos do Processo de Certificação de Qualidade (plano de emergência interna; procedimentos da intervenção de grupos profissionais específicos).

- Definição de indicadores de qualidade de desenvolvimento de competências pela formação;

- Adopção de metodologias de planeamento, concepção e avaliação do ciclo formativo segundo as orientações do IQF, para as entidades formativas da Direcção Geral da Saúde.

- Formar os enfermeiros responsáveis pela formação sobre as fases de desenvolvimento do ciclo formativo;

- Dinamização de estudos de caso e de investigação em enfermagem sobre os resultados da intervenção dos enfermeiros, no que concerne os indicadores definidos nos projectos de qualidade desenvolvidos pelos enfermeiros. Realização de workshop para apresentação dos trabalhos de investigação desenvolvidos em contexto de cursos de Mestrado por enfermeiros da instituição e trabalhos de investigação decorrentes de projectos institucionais desenvolvidos nos serviços, onde se inclui a apresentação dos resultados deste estudo.

O objectivo da divulgação e apresentação dos resultados dos estudos de investigação já realizados, promove a motivação para novos estudos e dá visibilidade ao trabalho desenvolvido pelos enfermeiros, integrando uma aprendizagem e partilha de experiências entre os enfermeiros dos vários serviços, uma vez que o trabalho desenvolvido na área da investigação muitas vezes é apenas conhecido dos autores e dos serviços onde desenvolvem a sua actividade, sendo pouco divulgado pelos enfermeiros e restantes profissionais de saúde da organização.

Na actualidade as unidades formativas dos Hospitais públicos, dependentes do Ministério da Saúde, tem de diversificar e inovar a sua área de intervenção, apresentar resultados e eficiência e necessitam de alargar a sua envolvente, buscando novos clientes (apostando na formação de clientes internos como forma de tornar os centros de formação das organizações auto-suficientes, segundo as orientações do QREN, devido à diminuição de fundos comunitários de apoio à formação).

Um plano de desenvolvimento de competências (PDC) integra e está em maior consonância com as novas políticas e estratégias de desenvolvimento das organizações que estão envolvidas em processos de Acreditação da Qualidade, em detrimento de um Plano anual de formação, por ser mais limitativo em termos de abrangência de resultados e de falta de visão estratégica organizacional.

A organização de estudo, tal como as organizações no geral, necessita de profissionais habilitados e capazes na procura contínua de potenciar a eficácia da organização.

Para Câmara et al (1999:317), “ O processo de desenvolvimento e aprendizagem organizacional está directamente ligado à optimização do potencial individual e grupal disponível nas organizações no qual a formação quando bem gerida, torna-se um elemento dinamizador.”

Pelo que a proposta de intervenção visiona, servir de instrumento de gestão de recursos humanos eficaz, alinhada com a missão da organização, baseada nas necessidades detectadas, a que a formação vai responder para manter a eficácia organizacional através do desenvolvimento das competências técnicas e humanas cruciais para manter e melhorar a competitividade organizacional.

No entanto, a qualidade e os resultados da formação, não dependem tanto do responsável pela formação, das chefias intermédias e dos colaboradores, como da qualidade das relações de trabalho que todos estes actores mantêm entre si e do reconhecimento pela gestão de topo da imprescindibilidade, da formação no desenvolvimento das qualificações dos profissionais e adequação das suas competências à função, contribuindo para a eficácia da organização.

CONCLUSÃO

A problemática que deu origem à investigação e permitiu desenvolver o desenho de estudo, envolveu questões relacionadas com a validação, através da avaliação da qualidade e impacto da formação contínua realizada em contexto de trabalho pelos enfermeiros, em geral, e nas organizações hospitalares em particular. Efectivamente, a constatação da qualidade da formação contínua, prende-se com a avaliação de todos os processos, intervenções e actividades que envolvem cada uma das cinco fases do ciclo formativo. Apesar, da avaliação da eficácia da formação contínua, em termos da melhoria efectiva das competências dos profissionais de uma organização e o contributo das competências individuais para o cumprimento dos objectivos estratégicos da organização, ser a que mais importa conhecer, decorrente do paradigma actual da formação como factor de desenvolvimento de competências dos indivíduos e das organizações. No actual panorama de certificação da qualidade dos serviços que prestam, os hospitais, estão entre as organizações que promovem mudanças constantes nos seus processos de trabalho e colocam novos desafios em termos de qualificações e saberes aos seus colaboradores. Como Hare & Reynolds (2003) afirmam, a actualização de conhecimentos através da formação é geradora de valor e de mais valias para as empresas, sendo que o desempenho numa organização, depende cada vez mais da motivação, da formação e da cultura institucional implementada. Tendo por base o paradigma cultural, de inovação e qualidade dos produtos da actual sociedade e das organizações, o estudo partiu da necessidade em perceber a realidade de uma organização hospitalar, na perspectiva da qualidade da formação desenvolvida e seu impacto na melhoria das competências dos profissionais e na concomitante eficácia das intervenções de enfermagem na organização. Tal como referido por Bancalero (2006:78) “ Num mundo vincadamente marcado pela mudança permanente e por elevados níveis de competitividade, a aprendizagem contínua ao longo da vida tornou-se uma necessidade não só dos “aprendizes”, mas também das organizações.” Por este motivo, a formação tem sido uma área da gestão bastante dinamizada desde a década de oitenta que envolve investimentos significativos por parte das organizações e gera uma indústria bastante lucrativa. No entanto, o impacto na eficácia da organização é maioritariamente nulo ou desconhecido, como refere o mesmo autor, entre outros. A este respeito, também Caetano (2007:9), referindo-se ao relatório do “Inquérito à execução de acções de formação profissional em 2003 – DGEFP”, confirma que foram realizadas em Portugal mais de 127 mil acções de formação, frequentadas por mais de 636 mil participantes e com um custo

total de superior a 200 milhões de euros. No entanto, de acordo com o autor, “Apesar do elevado número de acções de formação que têm sido realizadas, financiadas ou não pelos fundos comunitários, os níveis de produtividade do trabalho, de competências e de empregabilidade, em termos gerais, pouco evoluíram no nosso país nas últimas três décadas.” (Caetano:2007:9)

Partindo do enquadramento conceptual dos padrões de qualidade da intervenção de enfermagem e do regulamento da carreira de enfermagem, art.º 63º e 64º do DL n.º 437/91 de 8 de Novembro sobre a formação contínua, a necessidade em percepcionar o estado da arte do desenvolvimento de competências dos enfermeiros através da formação contínua em serviço, torna-se imprescindível para as organizações hospitalares. Esta necessidade vem dar resposta às orientações já proclamadas em 1998, através da Meta 18 do Ministério da Saúde que definia ser necessário “rever os processos de formação e investigação, tornando-os mais relevantes para a melhoria dos cuidados de saúde, através da sua associação a práticas de avaliação de desempenho e de avaliação de qualidade.”

Assim, definir estratégias de intervenção que promovam a eficiência dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, nas organizações, através de um Plano de Desenvolvimento de Competências é acrescentar valor para o crescimento da organização e velar pelo interesse e satisfação quer dos clientes internos como externos.

Perante o “Estado da Arte”, do paradigma da formação das organizações hospitalares, onde se tem sucedido anos de planos de formação que tal como referido por Bancalero (2006:79), em analogia à mesma situação nas empresas, “ não passavam duma lista de cursos com reduzida influência no negócio (...)”, há que desenvolver novas metodologias de abordagem e desenvolvimento da formação contínua nos hospitais. Tal como as empresas se mobilizaram no sentido de efectuar o diagnóstico das necessidades (operacionais) sentidas pelos clientes e das competências pessoais e organizacionais que a empresa necessitaria no futuro (estratégias) para responder aos riscos e aproveitar as oportunidades do mercado em que se moviam. Também os hospitais necessitam adequar a sua estratégia de desenvolvimento aos novos perfis assistenciais, processo de acreditação de Qualidade das organizações e paradigma multicultural da actual sociedade, assim como às novas políticas de gestão e administração das organizações hospitalares, como Empresas Públicas empresarias.

Parafraseando Chiavenato (1985:146) “ as pessoas constituem o recurso eminentemente dinâmico das organizações; os recursos humanos apresentam uma incrível aptidão para o

desenvolvimento que é a capacidade de aprender novas habilidades, obter novos conhecimentos e modificar atitudes e comportamentos.”

A formação profissional, é por definição o desenvolvimento de competências e atitudes numa pessoa com o objectivo de desempenhar de forma eficaz a curto ou longo prazo, uma tarefa ou determinada função.

No entanto, tal como constatado pela bibliografia consultada, a formação contínua e desenvolvimento das competências das pessoas nas organizações, de forma a desempenharem as actividades e funções para as quais foram contratadas, só faz sentido se for pensada numa perspectiva de âmbito mais grupal, estratégico e proactivo.

O estudo possibilitou conhecer que os enfermeiros, na sua maioria, têm uma opinião positiva sobre a qualidade da formação desenvolvida no serviço, o perfil de competências e a qualidade de desempenho do enfermeiro responsável pela formação em serviço e que foram desenvolvidos processos de avaliação ao longo do ciclo formativo de forma a perceberem o desenvolvimento de competências e que estas contribuíram para a melhoria do desempenho em contexto de trabalho. No entanto, a maioria reportava-se a pouco mais de 50% dos respondentes, havendo opiniões dispersas, igualmente em percentagem significativa, ao longo de todos os itens de avaliação das escalas de Likert. Significando não existir uniformidade de critérios tanto na forma de condução e desenvolvimento da formação contínua, numa perspectiva estratégica integrada de melhoria dos resultados, como na validação comprovada dos processos e resultados da eficácia da formação na melhoria das competências e qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros aos doentes.

Apesar do estudo levantar novas questões, permitiu responder de forma positiva aos objectivos específicos de estudo que pretendiam:

- Conhecer o impacto da formação em serviço no desenvolvimento das competências, percebido pelos enfermeiros da prestação de cuidados;
- Conhecer se os enfermeiros de cuidados gerais participam e colaboram na formação em serviço;
- Conhecer a percepção do enfermeiro da prestação dos cuidados sobre a qualidade da formação desenvolvida pelo enfermeiro responsável pela formação em serviço;
- Conhecer a importância atribuída pelos enfermeiros à formação contínua em serviço como factor de desenvolvimento de competências;
- Conhecer o grau de motivação dos enfermeiros para participarem na formação contínua em serviço.

No entanto devido à impossibilidade de correlacionar as variáveis, devido à heterogenia de opiniões dos respondentes sobre as variáveis de estudo, pois a realidade experienciada pelos enfermeiros respondentes e sobre a qual se basearam para responder às questões do estudo, eram obviamente diferentes, não foi possível responder ao objectivo geral da investigação que pretendia:

- Conhecer a eficácia da formação no desenvolvimento de competências dos enfermeiros da prestação de cuidados da organização hospitalar.

Conclui-se, pela investigação que a percepção dos enfermeiros da prestação de cuidados gerais, sobre a formação em serviço, não é consistente com o desenvolvimento de um ciclo formativo que abranja as cinco fases do processo de concepção do ciclo formativo ADORA, eficaz, tal como referido no enquadramento teórico do estudo. Este foi o modelo escolhido por conter as metodologias de análise, desenho, organização, realização e avaliação da concepção das acções de formação definidas pelo IQF, para as entidades formativas da Direcção Geral da Saúde e nas quais se baseou a construção do questionário.

O estudo permitiu verificar que a formação em serviço dos enfermeiros, se bem que percebido no geral pelos enfermeiros da prestação de cuidados, como tendo qualidade, ter impacte no desenvolvimento de conhecimentos e competências dos enfermeiros que os enfermeiros responsáveis pela formação estão dotados de competências técnicas e pedagógicas para a função, o certo é que perante as respostas dos 208 enfermeiros da prestação de cuidados, não foi possível inferir elações sobre as motivações e correlações existentes entre as variáveis de estudo de forma a explicar a problemática do “Paradigma da Formação em Contexto de trabalho” da organização hospitalar palco de estudo.

A literatura sobre a avaliação da formação, mostra, o quão pouco se tem investido na área da avaliação da eficácia da formação no desenvolvimento das competências dos profissionais e na produtividade e crescimento das organizações.

As intervenções/conhecimentos e competências dos enfermeiros são bastante diversificadas, envolvendo saberes nos vários domínios técnico científicos, relacionais e culturais, podendo desenvolver intervenções autónomas decorrentes da definição de diagnósticos de enfermagem perante problemas detectados na pessoa doente, família e ou comunidade e da intervenção de outros profissionais da equipa multidisciplinar.

Não há dúvida, pelos dados estatísticos que a formação profissional dos enfermeiros desenvolve-se, de forma contínua tanto através da prática clínica e da formação formal ao

nível do departamento de formação das organizações onde trabalham, ou com recurso a entidades formativas externas, frequência de cursos académicos de pós licenciatura de especialização em enfermagem ou, pós graduação em áreas diversas do saber, mestrado e doutoramento. Mas tal como é descrito em vários estudos sobre avaliação da formação, não existe informação sobre a forma como os enfermeiros mobilizam esses saberes em contexto de trabalho nas organizações hospitalares e em que medida contribuem para a promoção da saúde dos doentes e para a eficácia e melhoria contínua dos cuidados que prestam, tanto em termos de resultados de eficiência e eficácia dos serviços como da própria satisfação dos doentes.

Segundo Caetano (2007:62), a “Motivação para a transferência exprime o desejo dos formandos em aplicarem, no seu contexto de trabalho, aquilo que aprenderam na formação”. A aprendizagem de novos conhecimentos, técnicas ou comportamentos durante a formação é uma condição necessária, para se poder efectuar transferência, mas não uma condição suficiente, o mais importante é que os formandos queiram transferir aquilo que aprenderam. Para isso tem de se perceber quais os factores que contribuem para a motivação para a transferência das competências e dos construtos do aprendizado na formação para o contexto de trabalho.

Estando as organizações a passar por desafios contínuos, fruto da evolução constante e das mudanças necessárias à obtenção da certificação da qualidade dos serviços que prestam, os desafios que se colocam aos profissionais, para adequação das suas qualificações aos novos contextos de trabalho, impõem que se desenvolvam estratégias de motivação e recompensa. A certificação da qualidade e a percepção da qualidade de qualquer processo, seja formativo ou de cuidados, exige controlo e avaliação com o objectivo de efectuar o diagnóstico de situação de forma a orientar as estratégias de intervenção para os resultados que se pretendem alcançar.

Tal como Refere Bancalero (2006: 17) “Mesmo aceitando que existem (algumas) áreas na gestão de recursos humanos cujas “métricas” têm de ser cuidadosamente preparadas e as conclusões devidamente ponderadas (...), mais vale ter informação quantitativa que não ter nada (...). Se considerarmos o tema da medição como um aspecto fundamental para o correcto exercício da nossa função, estou seguro que ultrapassaremos facilmente as dificuldades técnicas da construção de indicadores. “

De facto a avaliação da formação, assume grande importância, nos processos de desenvolvimento das organizações hospitalares, uma vez que o contexto actual de políticas de gestão dos hospitais e processos de certificação da qualidade intensificam a pressão para

que se demonstre de que forma a formação contribui directamente para o desenvolvimento da organização e promove eficaz e de forma eficiente a mudança de atitudes e comportamentos necessários a novas formas de intervenção exigidas aos profissionais. No entanto, para que se promovam mudanças de comportamento é necessário envolver e informar as pessoas sobre os fenómenos subjacentes à melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados nos hospitais e sobre os quais a formação desempenha um papel preponderante. Tal como referem autores como Mezomo (2001:33), “ As pessoas fazem o diferencial de qualquer organização e elas precisam participar e deter parte do poder de decisão. Elas precisam sentir-se importantes porque só assim assumirão a responsabilidade pela produção da qualidade, tornando a organização vencedora.”

Como se constata a problemática da importância, qualidade, impacto da formação contínua e motivação dos enfermeiros para a transferência dos construtos da formação para o contexto de trabalho e para desenvolverem de forma contínua as suas competências, não pode ser analisado apenas do ponto de vista de gestão da formação. Tem de ser analisado numa dinâmica de gestão de pessoas por abordagem de processos, pois nesta dimensão é assegurada uma integração da gestão de recursos humanos com a estratégia global da empresa numa lógica de processos que integram:

- a) Recrutamento e selecção: ênfase colocada nas competências sociais e relacionais dado que a organização por processos implica o trabalho em equipa;
- b) Formação: Deve ser realizada segundo o conceito de *just-in-time to perform*. A interacção entre as necessidades de formação e a lógica de processos pode decorrer por exemplo de:
 - Alterações que possam melhorar a concretização da gestão e do funcionamento dos processos;
 - Introdução de novas tecnologias;
 - Necessidade de desenvolvimento de competências transversais aos processos.
- c) Avaliação do Desempenho: avaliar o desempenho individual e o desempenho das equipas em que se inserem;
- d) Sistema de Recompensas: recompensar o desempenho individual e de equipa;
- e) Desenvolvimento de Competências: Desenvolver competências em função das especificidades dos processos definidos na empresa. Podem ser construídos perfis de competências em função dos processos existentes que sirvam de suporte a:
 - Processos de recrutamento e selecção;

- Avaliação de Desempenho;
- Planos de Desenvolvimento de Carreiras Internas.

(Sousa et al: 2006)

Também de acordo com Bancaleiro (2006), na base da formação subjaz sempre a ideia de mudança de comportamentos e existem quatro níveis fundamentais de aprendizagem criados da conjugação das dimensões:

- Ser- Ter que distingue aquilo que é inato (Ser) e aquilo que é adquirido (Ter);
- Saber- Fazer que distingue aquilo que se aprende e se guarda e o que se aprende e se aplica;

Os quatro níveis de aprendizagem segundo o autor são:

- *Valor*, pois a forma de aprender e reagir ao que nos pretendem ensinar depende essencialmente de factores inatos, especialmente na formação comportamental; “(...) numa organização toda a formação, em especial a comportamental, deve ser enquadrada pelos valores que consubstanciam a sua cultura e deverão servir para a reforçar. Sem uma cultura forte não há empresas fortes” (Bancaleiro;2006:81)
- *Conhecimento*: O conhecimento é algo que foi conscientemente adquirido (Ter) e que guardamos no cérebro pronto a ser mobilizado em qualquer altura (Saber); a criação de uma cultura de partilha de conhecimento é o futuro das organizações, tendo aqui a formação comportamental um papel preponderante;
- *Atitudes*: Atitude segundo Allport citado por Bancaleiro (2006:81) “é uma predisposição (muitas vezes inconsciente) para responder de maneira favorável ou desfavorável a objectos, pessoas ou conceitos.” Assim, como as atitudes condicionam os comportamentos é portanto ao nível da modificação das atitudes que se podem alterar os comportamentos. No entanto para a formação, trabalhar as predisposições das pessoas deve ter uma forte componente individual e inata, para isso existem factores que devem ser considerados no sentido de gerar mudanças efectivas e sucesso neste tipo de formações que são as características de cada pessoa, o ambiente que o rodeia e o tempo. Daí segundo o autor, o papel preponderante do coaching nas organizações, que deve ser entendido como um profissional tecnicamente habilitado para apoiar o desenvolvimento de competências das pessoas.
- *Competências técnicas*: tal como o conhecimento, as competências técnicas são conscientemente adquiridas (Ter), mas com a intenção de serem aplicadas numa determinada tarefa ou função (Fazer). Segundo Bancaleiro (2006), estamos perante uma dimensão de aprendizagem eminentemente formativa e orientada para o desempenho. A Formação integra-se nesta dimensão, pressupondo que sejam definidos objectivos claros e precisos para a sua concretização.

Conclui-se assim que a gestão da qualidade da formação nos serviços de saúde, é um processo bastante complexo e que envolve enumeras variáveis e factores e para que a mudança ocorra, para além dos recursos económicos, técnicos e tecnológicos necessários, importa formar os colaboradores para adequar as suas atitudes e comportamentos, aos factores de sucesso definidos para a organização, mas também adequar e enquadrar os momentos de mudança promovidos pela formação à cultura e clima organizacional. Nesta perspectiva a qualidade e motivação para a melhoria contínua deve ser aculturada pelos profissionais das organizações, o que se constrói através do desenvolvimento da formação comportamental e que pressupõe como já se referiu, análise das características de cada indivíduo da organização, do ambiente onde está inserido e de tempo necessário para promover as mudanças desejadas. A mudança de atitudes e comportamentos requerem tempo não compatível com os processos de mudança que ocorrem repentinamente e constantemente nas organizações de saúde, promovendo-se assim, mudanças fracas e não consistentes e duradouras.

Este estudo pretendeu adequar a estratégia do plano de desenvolvimento de competências dos enfermeiros, a partir da análise da problemática percebida pelos enfermeiros usuários da formação da organização. As inconsistências de respostas permitiram ter uma perspectiva mais ampla da problemática da planificação e desenvolvimento das competências dos enfermeiros pela formação contínua. Percebendo-se a importância da adequação da formação ao contexto de valores dos profissionais, clima e cultura organizacional ou mesmo individual do serviço. As questões que se colocaram durante a análise das informações contidas nos dados trabalhados, abriram portas para novas investigações. Os resultados obtidos foram conclusivos sobre a inexistência de uniformização nas formas de diagnóstico das necessidades formativas, planeamento, concepção e avaliação do ciclo formativo. Entendendo-se que a inexistência de descrição de funções para o enfermeiro responsável pela formação, poderá ser um dos factores que contribuíram para os resultados.

De facto, o estudo permitiu conhecer que a formação contínua em contexto de trabalho dos enfermeiros, inclui os vários processos inerentes a cada fase do ciclo formativo, no seu desenvolvimento, tendo em conta as respostas positivas, no entanto os processos não são desenvolvidos de igual forma em todos os contextos de trabalho, tal como demonstrado também pelas respostas fornecidas. A falta de métricas é confirmada pelas respostas aos questionários e pelo conhecimento da realidade organizacional, detido pela investigadora. As respostas sobre a colaboração dos enfermeiros na formação em serviço e motivação para

participarem na formação em serviço, elucidaram para a necessidade em desenvolver estratégias de informação, motivação e envolvimento dos profissionais em todo o processo formativo e de desenvolvimento de projectos, visto que a formação não é só a fornecida nas acções formalizadas, mas também a participação em equipas de projectos de qualidade, formação no posto de trabalho e estudos de caso, são formas de aprendizagem igualmente ou mais importantes que a forma clássica de formação em sala.

Motivo pelo qual a proposta da investigadora passou por desenvolver um projecto de intervenção Sócio-Organizacional, que incluísse:

- Estratégias de desenvolvimento de competências relacionais, culturais para além da componente técnica dos enfermeiros;
- Descrição de funções do enfermeiro responsável pela formação contínua;
- Definição de indicadores de qualidade de desenvolvimento de competências pela formação;
- Adopção das metodologias de planeamento, concepção e avaliação do ciclo formativo segundo as orientações do IQF, para as entidades formativas da Direcção Geral da Saúde.
- Formar os enfermeiros responsáveis pela formação sobre as fases de desenvolvimento do ciclo formativo;
- Motivar os enfermeiros para a participação na formação através de processos de comunicação e informação eficazes.

Tendo em perspectiva que os profissionais nas organizações hospitalares trabalham em equipa e que a formação deve ser integrada na estratégia de desenvolvimento e crescimento da organização, é objectivo da formação desenvolver não apenas competências e alterar comportamentos individuais, mas grupais e interdisciplinares na organização. Assim, o projecto foi desenvolvido numa perspectiva de Intervenção Sócio-Organizacional, nas políticas de gestão das competências dos profissionais de saúde da organização hospitalar de estudo, numa perspectiva de eficácia e eficiência dos resultados.

BIBLIOGRAFIA

- Alarcão, J. P., & Tavares, J. (1987). *Supervisão da Prática Pedagógica*. Uma perspectiva de desenvolvimento e Aprendizagem. Coimbra: Livraria Almedina.
- Alexander & Runciman, (2003). International Council of Nurses. Framework of Competencies for the Generalist Nurses – Report of the Development Process and Consultation, Standards and Competencies Series.
- Almeida, F. (1996). *Avaliação de Desempenho para Gestores*. Lisboa: McGraw – Hill.
- Argyris, C. (1999). *On Organizational Learning*. Oxford: Blackwell Publishers.
- Argyris, C. & Schon, D. (1978); *Organisational learning: A theory of action perspective*. Reading Mass; Addison Wesley.
- Aubrun, S., & Orofiamma, R. (1990). Les Compétences de 3^o dimension, Ouverture Professionnelle. (s.l); CNAM.
- Azevedo, L. (1999). *Comunicar com Assertividade*. 2^o Ed. Lisboa. IEFEP:
- Barata, C. (2005). *Dinâmica e Animação de Grupos*. Lisboa; CECO A
- Bancalheiro, J. (2006). *Scorecard de Capital Humano. Como medir o activo mais importante da sua empresa*. 1^o Ed. Lisboa; Editora RH, Lda.
- Bilhim, J. (1996). *Teoria Organizacional – Estruturas e Pessoas*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Benner, P.(2001). *De Iniciado a Perito*. Edição Comemorativa, Quarteto Editora, Coimbra, 2001.
- Botinet, J.P; (1996). *Antropologia do Projecto*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Braga, D. (2005/2006). *A Cultura e o Desenvolvimento Social da Empresa – Breves considerações a partir do quadro teórico de Renaud Sainsaulieu*. Texto de apoio à disciplina de Sociologia das Organizações do III Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde; Universidade de Évora/ESTSL.
- Caetano, A. (2007). *Avaliação da Formação. Estudos em Organizações Portuguesas*. Lisboa; Editora: Livros horizonte Lda.
- Camara, P., Guerra, P., & Rodrigues, J. (1999). *Humanator – Recursos Humanos e Sucesso Empresarial*. 3^o Ed. Lisboa. Publicações D. Quixote.
- Canário, R (1997). *Formação e mudança no campo da saúde, In R.Canário (org). Formação e situações de trabalho*. Porto; Porto Editora, pp.117-146.

- Carapinheiro, G. (1993). *Saberes e Poderes no Hospital: Uma sociologia dos serviços hospitalares*. Porto; Ed. Afrontamento.
- Cardoso, A. (2003). *Gerir a Mudança na Administração Pública*. Revista Dirigir, nº especial, 38-44.
- Cardoso, A. (2005). *Recrutamento & Selecção de Pessoal, Entrevistas de Selecção*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas.
- Carneiro, M.G.N (1988). *Formação Permanente em Enfermagem – Contribuições para a sua História*. Enfermagem; Lisboa; 4; Abril/Setembro.
- Carneiro, M.G.N (1988). *A estratégia da Formação num Quadro de Mudança*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Carvalho, M. (2008). *Gestão e Liderança na Saúde: Uma abordagem estratégica*. Maia. Grupo Editorial Vida Económica.
- Carvalho, M., & Paladini, E. (2006). *Gestão da Qualidade – Teoria e Casos*. 2º Ed. Editora Campus: São Paulo.
- Ceítal, M. (2006). *Gestão e Desenvolvimento de Competências*. Edições Silabo; Lisboa; ISBN: 972-618-409-6.
- Chiavenato, I. (1985). *Administração – Teoria, Processo e Prática*. São Paulo: McGraw – Hill.
- Chiavenato, I. (1999). *Gestão de Pessoas – O novo Papel dos Recursos Humanos nas Organizações*. Rio de Janeiro: Campus.
- Chiavenato, I. (2006). *Administração de Recursos Humanos: Fundamentos Básicos*. 6º Ed. São Paulo: Editora Atlas.
- Clarke, Liz (1994). *The Essence of Change*. Ed. Prentice Hall. UK. II Series.
- Collière, M-F., (1999). *Promover a Vida: Da prática de mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. 3º Ed., Lisboa- OE & SEP. Lidel – Edições Técnicas, lda.
- Comissão Europeia, (1993). Livro branco sobre educação e formação: ensinar e aprender rumo à sociedade cognitiva. Bruxelas:CECA-CE-CECA.
- Crozier, M. (1982). *Mudança individual e mudança colectiva*. In Mudança Social e psicologia social. Lisboa; Dom Quixote.
- Crozier, M. (1994). *A empresa à escuta*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Decreto – Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto, *aprova Lei de bases da Saúde*.
- Decreto – Lei n.º 161/96 – Define os princípios gerais respeitantes ao exercício profissional dos enfermeiros (REPE). DR I Série – A 205 (96-04-09).

Decreto – Lei n.º 437/91 – Aprova o regime legal da carreira de enfermagem. DR I Série – A 257 (91-08-11).

Deshaies, B. (1992), *Metodologia da Investigação em Ciência Humanas*. 2º Ed. Instituto Piaget: Lisboa.

Dias, M. (2005). *Construção e Validação de Competências: Contributos para a definição de um perfil de Competências do Enfermeiro com grau de licenciado*. Lusociência – Edições Técnicas e Ciências, Lda; Camarate.

Direcção Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. (On-line). Disponível: <http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006756.pdf>.

Druker, P. (1988). *The Comming of the New Organisation*. HBR, Janeiro- Fevereiro.

Fernandes, M. (1996) – *Formação em Serviço dos enfermeiros em exercício Hospitalar – Necessidades e Expectativas*. Dissertação de Mestrado. ISPA. Lisboa.

Ferreira, J., Neves, J.& Caetano, A. (2001). *Manual de Psicologia das Organizações*. Lisboa: McGraw-Hill.

Figueiredo, A. (2004). *Ética e Formação em Enfermagem*. Lisboa: Editores Climepsi.

Fortin, M-F. (1999). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Lisboa; Lusociência.

Fortin, M-F. (2003). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Lisboa; 2ª Edição; Lusociência.

Galbraith, J. R. (1995). *Designing Organization: Na executive briefing on strategy, sctruture, and process*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Graça, L. (2001). *Historiografia da Enfermagem Portuguesa*. (On line). Disponível: <http://WWW.ensp.unl.pt/lgraca/textos62.html>.

Gil, A. (2007). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 5º Ed. Editora Atlas: São Paulo.

Hare, K. & Reynolds, L. (2003). *51 Instrumentos para transformar a formação. Uma nova geração de técnicas de aprendizagem*. Edições Monitor; Lisboa.

Hersey, P., & Blanchard, K.H. (1997). *Management of Organizations Behavior; Utilizing Human Resources*. Englewood Cliffs (New Jersey), Prentice Hall.

Herzberg, F. (1994). *Le travail et la nature de l'homme*. Paris, EME.

Hesbeen, W. (1997). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures. Edições Masson.

Hill, M. & Hill, A. (2002). *Investigação por Questionário*. 2º Ed.; Lisboa; Edições Silabo.

- Huberman, A.M. (1973). *Como se realizam as mudanças em educação: Subsídios para o estudo do problema da inovação*. São Paulo; Cultrix.
- Imaginário, L. (2001). *Balanço de Competências – discursos e práticas*, Lisboa: Direcção Geral do Emprego e Formação Profissional
- Imperatori, E. (1999). *Mais de 1001 Conceitos para Melhorar a Qualidade dos Serviços de Saúde*. Lisboa: Edinova.
- Instituto da Qualidade em Saúde (2000). *Qualidade em saúde uma perspectiva conceptual*. Revista do Instituto da Qualidade em Saúde, nº0, Junho, 6-10.
- Instituto da Qualidade em Saúde. *Revista do Instituto da Qualidade em Saúde*. (2000) (Online). Disponível: <http://www.iqs.pt>
- Jordão, A. (1997). *O Balanço de competências: conhecer-se e reconhecer-se para gerir os seus adquiridos pessoais e profissionais*. 2º Ed. Lisboa: Comissão para a Igualdade e para os Direitos da Mulher.
- Kaplan, R. & Norton, D. (1997). *A estratégia em acção: Balanced Scorecard*. 6º Edição. Rio de Janeiro: Campus.
- Kaplan, R. & Norton, D. *Linking the balanced scorecard to strategy*. Disponível em: http://www.hbsp.harvard.edu/hbsp/prod_detail.asp?cmr073.html.
- Kuregant, P., et al. (1991). *Administração em Enfermagem*. Editora Pedagógica e Universitária Lda; São Paulo.
- Lakatos, E., Marconi, M. (1999). *Sociologia Geral*. Editora Atlas; 7ª edição; São Paulo.
- Le Boterf, G. (1991). *Modelos de aprendizagem em alternância na comunidade: cinco desafios a enfrentar*. Formar, nº 10, (p. 40-46).
- Le Boterf, G. (1995). *La Compétence : essai sur un attracteur étrange*. Ed. D'Organisations.
- Le Boterf, G. (2001). *Construir les compétences individuelles et collectives*, Paris: Éditions d'Organisation.
- Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo as competências dos profissionais*. Porto Alegre. Artmed.
- Levy – Leboyer, C. (1996). *La gestion des compétences*. Paris : Les Éditions D'Organisation.
- Levy – Leboyer, C. (1997). *Gestión de las competencias. Cómo analizarlas, cómo evaluarlas, cómo desarrollarlas*. Barcelona. Gestión 2000.
- Likert, R. (1932). *A Technique for the measurement of attitudes*. Archives of psychology.

- Macedo, A (2001). *Dimensões do hospital como organização e formação em contexto de trabalho. Dissertação de Mestrado*. Universidade do Minho. Instituto Educação e Psicologia; Braga.
- Mackay, I. (2000). 35 *Questionários de Gestão de Recursos Humanos*. 2º Ed., Lisboa. MONITOR.
- Mão-de – Ferro, A., & Fernandes, V. (2000). *O formador e o Grupo*. 3º Ed., Lisboa. IEFP.
- Maslow, A. (1954). *Motivation and personality*. Nova Iorque: Harper & Row Publishers.
- Mayo, A. (1991). *Managing Carriers – strategies for organizations*. London. Institute of Personnel Management.
- Marquis, B.; Huston, C. (1999). *Administração e Liderança em Enfermagem: teoria e aplicação*. Editora Artes Médicas; Porto Alegre.
- Martin, V., Henderson, E. (2004). *Gestão de Unidades de Saúde e de Serviços de Saúde*. Lisboa: Editora Monitor.
- Maslow, A. (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper&Row.
- Meignant, A. (2003). *A Gestão da Formação*. 2º Ed.; Lisboa; Publicações D.Quixote.
- Mezomo, J. (2001). *Gestão da Qualidade na Saúde: Princípios Básicos*. São Paulo; Manole.
- Ministério Da Saúde, Secretaria – Geral (2005). *Sistema de Acreditação das Unidades Formativas dos Serviços de Saúde Guia do Utilizador*. Site: <http://WWW.sg.min-saude.pt>
- Mintzberg, H. (1983). *Structuring Five: Designing Effective Organizations*. Toronto. Prentice-Hall.
- Mintzberg, H. (1995). *Estrutura e dinâmica das organizações*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Moreira, V. (2000). *Os enfermeiros e avaliação de desempenho. Dissertação de Mestrado*. Universidade Católica Portuguesa.
- Morgado, V. (2001). *Qualidade em Saúde: Uma exigência do presente, um investimento no futuro*. Revista do Instituto da Qualidade em Saúde, nº5, Setembro, 13-15.
- Morin, E. (1987). *O Método*. Mem Martins. Europa América; Vol.3; Tomo1.
- Nonaka, I. & Takeuchi, H. (1995). *The Knowledge-Creating Company*. New York. Oxford University Press.
- Norusis, M. (1991). *The SPSS Guide to data analysis*. Chicago: SPSS Inc.
- Neves, J., Garrido, M., & Simões, E. (2006). *Manual de Competências Pessoais, Interpessoais e Instrumentais*. Edições Silabo. Lisboa.

- Nogueira, M. (1990). *História da Enfermagem*. (2º Ed.). Porto: Edições Salesianas.
- Oliveira, J. A., & Rocha (2007). *Gestão de Recursos Humanos na Administração Pública*. 2º Ed. Lisboa: Escolar Editora.
- Oliveira, M. (2005). *Como Fazer: projectos, relatórios, monografia, dissertações e teses*. (3º Ed.). RJ- Brasil.
- Oliveira, S. (2006). *Percepção de Justiça dos avaliados acerca da sua avaliação de desempenho*. Dissertação de Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento. Universidade de Évora.
- Ordem dos Enfermeiros (2003). *Divulgar: Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Conselho de enfermagem.
- Ordem dos Enfermeiros (2003). *Conselho de Enfermagem: Do caminho percorrido e das propostas*. (análise do primeiro mandato – 1999/2003). Edição OE. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Edição OE. Lisboa.
- Ortsman, O. (1978). *Mudar o Trabalho - As Experiências, os Métodos, as Condições de Experimentação Social*. Ed. F.C. Gulbenkian.
- Pereira, A., & Poupa, C. (2004). *Como Escrever uma Tese, monografia ou livro científico usando o Word*. 3º Ed., Lisboa. Edições Sílabo.
- Peretti, J.M., (1997). *Recursos Humanos*. Lisboa: Ed. Sílabo.
- Perrenoud, P. (1999). *Construir as competências desde a escola*. Porto Alegre: Artmed.
- Pinheiro, J., & Ramos, L. (2005). *Métodos Pedagógicos*. 4º Ed. Lisboa. IIEFP.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2005). *Análise de dados para ciências sociais – A complementaridade do SPSS*; (1º Edição e 4º Edição Revista e Aumentada); Lisboa: Edições Sílabo. (1º Edição-1998).
- Petit, F. & Dubois, M. (1998). *Introdução à Psicologia das Organizações*. Instituto Piaget. Paris. Lisboa. IIEFP.
- Pinto, J. (2003). *Psicologia da Aprendizagem: Conceções, Teorias e Processos*.
- Pires, A. (2000). *Qualidade – Sistemas de Gestão da Qualidade*. Lisboa: Editora Sílabo.
- Pires, A.L. (1994). *As novas competências profissionais*. *Formar*; nº 10, p. 4-19.
- Pisco, Luís (s/d). *Qualidade na Prestação de Cuidados de Saúde*. *Revista Ordem dos Enfermeiros*, 36-38.

Polit, D. & Hungler, B. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 3º Edição. Porto Alegre: Artmed.

Portaria n.º 195/90 – Regulamenta o curso de bacharelato em enfermagem. DR I Série. 64 (9-03-17).

Portaria n.º 239/94 – Regulamenta o curso de estudos especializados em enfermagem. DR I Série -B. 89 (94-04-16).

Portaria n.º 405/91 – Regulamenta o regime jurídico da formação profissional. DR I Série -B. 199 (97-08-29).

Quivy, R., & Campenhoudt, L. (1992). *Manual de Investigação em ciências sociais*. 1º Ed.; Lisboa: Gradiva.

Ramos, M. N.(2001). *A Pedagogia das Competências: autonomia ou adaptação?* São Paulo; Cortez.

Rampersad, H. K., (2004). Scorecard para Performance Total: Alinhando o capital humano com estratégia e ética empresarial. 2º Ed. Rio de Janeiro. Elsevier Editora Lda.

Renaud, I; Renaud, M. (1996). *Ética e moral*, in Luís Larcher, Jorge Biscaia e Walter Osswald (coord.), Bioética, Lisboa, Editorial Verbo, p. 3-41.

Ribeiro, J.(2008). *Metodologia da Investigação em psicologia e saúde*. (2º Edição); Legis Editora/Livpsic; Porto.

Robbins, S. (2005). *Comportamento Organizacional* (11ª Ed.). São Paulo: Pearson Prentice Hall.

Rocha, J.A. (2006) *Gestão da Qualidade Aplicação aos Serviços Públicos*. Escolar editora; Porto.

Rocha, J.A. (2007). *Gestão de Recursos Humanos na Administração Publica*. (2º Ed.) Escolar editora; Porto.

Rosas, M.J. (1990). *A comunicação em enfermagem: atitudes e competências*. Nursing, Ano 3, nº 30, Julho p. 42 – 44.

Sale, D. (2000). *Garantia da Qualidade nos Cuidados de Saúde*. Lisboa; Editora Principia.

Schein, E.H. (1978). *Career dynamics: Matching individual and organizational needs*. Boston: Reading MA. Addison Wesley.

Serrano, A. & Fialho, C. (2005). *Gestão do Conhecimento. O novo paradigma das organizações*. 2º Edição. Lisboa: FCA: Editora de informação.

Silva, C. A. (2004). *Reencontro com o mundo organizacional – uma abordagem sociológica*; Universidade de Évora.

ANEXOS

ANEXO I

Decreto – Lei nº. 437/91 de 8 de Novembro – artigo 63º - Regulamenta a formação contínua dos enfermeiros.

tegram as zonas de reduzida, média e extrema periferia, para efeitos de atribuição aos enfermeiros dos incentivos para fixação na periferia.

Artigo 59.º

Incentivo para o exercício de funções na área de cuidados de saúde primários

1 — É criado um incentivo para o exercício de funções na área de cuidados de saúde primários, que consiste na redução do tempo necessário para a progressão na carreira.

2 — O tempo de serviço prestado em estabelecimento da área de cuidados de saúde primários determinará, em cada ano, a redução de dois meses para mudança de escalão.

Artigo 60.º

Bonificação por estudos ou trabalhos de investigação

1 — Após cada oito anos de efectivo serviço, podem os enfermeiros requerer a avaliação de estudos ou trabalhos de investigação que realizaram, desde que estes se integrem em áreas ou temas previamente definidos pelo órgão máximo de gestão do estabelecimento ou serviço, o qual deverá estabelecer anualmente as áreas ou temas prioritários sobre os quais deverão recair os estudos ou trabalhos de investigação a efectuar.

2 — A avaliação referida no número anterior consiste em:

- a) Apresentação e discussão de um estudo sobre um problema de enfermagem, se se tratar das categorias profissionais de enfermeiro (nível 1) e de enfermeiro graduado;
- b) Apresentação e discussão de um trabalho de investigação em enfermagem, se se tratar das restantes categorias profissionais.

3 — A obtenção na última avaliação periódica de desempenho da menção qualitativa de *Não satisfaz* impede que o enfermeiro requeira a avaliação de estudos ou trabalhos de investigação antes que tenha decorrido uma menção qualitativa de *Satisfaz*.

4 — A avaliação dos estudos ou trabalhos de investigação é feita por um júri nacional, nomeado pelo Ministro da Saúde e constituído por três enfermeiros de categoria profissional superior ou igual à do enfermeiro que requer a avaliação.

5 — Tratando-se de um trabalho de investigação, um dos enfermeiros do júri deverá estar habilitado com formação pós-básica na mesma área que a do enfermeiro que requer a avaliação.

6 — Ao estudo ou trabalho de investigação será atribuída a menção qualitativa de *Satisfaz* ou *Não satisfaz*.

7 — A obtenção do resultado de *Satisfaz* determina, para efeitos de progressão na categoria, a bonificação de dois anos de serviço.

8 — Não poderão ser aceites estudos ou trabalhos de investigação que já tenham sido apresentados e ou avaliados em âmbito diferente.

Artigo 61.º

Bonificação por aquisição de graus académicos

1 — A aquisição do grau de mestre por enfermeiros integrados na carreira determina, quando do acesso a

categoria superior, o posicionamento no escalão imediatamente superior àquele a que terá direito nos termos do artigo 12.º

2 — A habilitação com doutoramento determina, na situação prevista no número anterior, o posicionamento dois escalões acima daquele a que terá direito nos termos do artigo 12.º

Artigo 62.º

Aposentação

Os enfermeiros podem aposentar-se voluntariamente, com direito à pensão completa, independentemente de apresentação a junta médica, desde que reúnam 35 anos de serviço e 57 de idade.

CAPÍTULO VIII

Formação contínua

Artigo 63.º

Formação contínua

1 — As estruturas de formação dos estabelecimentos ou serviços prestadores de cuidados de saúde devem assegurar a formação contínua dos enfermeiros.

2 — Os enfermeiros têm direito à utilização de um período correspondente a quarenta e duas horas por ano, em comissão gratuita de serviço, para efeitos de actualização e aperfeiçoamento profissional, mediante despacho do respectivo órgão máximo de gestão do estabelecimento ou serviço.

3 — Poderá o órgão de gestão do estabelecimento ou serviço, para os efeitos previstos anteriormente, autorizar comissões gratuitas de serviço por períodos que ultrapassem as quarenta e duas horas anuais, quando daí resultem benefícios para a instituição.

4 — Depois de cada triénio de serviço efectivo, os assessores técnicos de enfermagem, os assessores técnicos regionais de enfermagem, os enfermeiros-superiores, os enfermeiros-chefes e os enfermeiros especialistas poderão ser dispensados da prestação do seu trabalho normal, sem qualquer perda de direitos ou regalias, durante um período nunca superior a seis meses, seguidos ou interpolados, para efeitos de actualização científica e técnica.

5 — Consideram-se para efeitos de actualização científica e técnica, nomeadamente, a realização de trabalhos de investigação e estágios não integrados em planos de cursos de enfermagem ou de qualquer outro curso.

6 — Em caso algum as dispensas de cada triénio são susceptíveis de acumulação com as eventualmente concedidas noutro triénio.

7 — O enfermeiro compromete-se a, terminado o período de dispensa, apresentar, no prazo de 60 dias, o relatório da actividade desenvolvida ou cópia do trabalho de investigação realizado.

8 — O não cumprimento do estabelecido no número anterior retira a possibilidade de concessão de nova dispensa e obriga à reposição de todos os vencimentos percebidos pelo enfermeiro durante o período de dispensa.

SECÇÃO I

Formação em serviço

Artigo 64.º

Formação em serviço

1 — A concretização da formação em serviço em cada unidade prestadora de cuidados é cometida, por um período de três anos, renováveis, a um enfermeiro especialista da referida unidade.

2 — A escolha desses enfermeiros é feita mediante o seguinte processo:

- a) Manifestação de interesse por parte dos enfermeiros especialistas;
- b) Selecção dos enfermeiros, efectuada pelo enfermeiro-chefe da respectiva unidade e pelo enfermeiro-supervisor de quem o enfermeiro-chefe depende funcionalmente.

3 — A selecção destes enfermeiros terá por base o seu *curriculum* profissional, relevando ainda a formação em técnicas e métodos no âmbito da pedagogia, a sua experiência profissional e, bem assim, as características pessoais facilitadoras do processo de aprendizagem.

4 — Ao enfermeiro especialista poderá ainda ser cometida a formação em serviço de mais de uma unidade prestadora de cuidados, nos casos em que a dimensão, características, organizações e recursos humanos das unidades de cuidados o justifiquem.

5 — A actividade dos referidos enfermeiros deve ser exercida sob a responsabilidade do enfermeiro-chefe das respectivas unidades.

6 — A formação em serviço deve visar a satisfação das necessidades de formação do pessoal de enfermagem da unidade, considerado como um grupo profissional com objectivo comum, e das necessidades individuais de cada membro do grupo.

7 — O trabalho desenvolvido no âmbito da formação em serviço em cada unidade deve ser planeado, programado e avaliado de forma coordenada com a estrutura de formação do respectivo estabelecimento ou serviço prestador de cuidados de saúde.

8 — Os enfermeiros especialistas a quem for cometida a formação em serviço serão integrados em escalão a que corresponda ao índice remuneratório imediatamente superior àquele que detêm a partir da data em que iniciarem as respectivas actividades, o que deve ser confirmado, por escrito, pelo enfermeiro-chefe.

9 — O tempo de serviço detido no escalão em que os enfermeiros especialistas se encontram posicionados no momento da atribuição do novo escalão releva para efeitos de progressão ao escalão seguinte, desde que aqueles tenham exercido pelo menos por um período de três anos as funções referidas no n.º 1 deste artigo.

10 — Nos casos em que os enfermeiros especialistas não desempenhem pelo menos durante um período de três anos, serão reposicionados no escalão que detinham à data em que lhes foi cometida a formação em serviço, contando-lhes neste escalão o tempo de serviço prestado naquelas actividades.

11 — Quando não existam nos estabelecimentos e serviços enfermeiros especialistas a quem possa ser cometida formação em serviço, nos termos dos números anteriores, esta competência poderá ser atribuída

aos enfermeiros graduados, cujo processo de selecção deverá obedecer ao disposto no n.º 3 do presente artigo.

CAPÍTULO IX

Transições para as novas categorias

Artigo 65.º

Transições

1 — Os enfermeiros que no âmbito deste diploma se encontrem integrados na carreira de enfermagem são providos na nova carreira, de acordo com as seguintes regras:

- a) Como enfermeiro do nível 1, os enfermeiros do grau 1;
- b) Como enfermeiro graduado, os enfermeiros graduados;
- c) Como enfermeiro especialista, os enfermeiros detentores desta categoria;
- d) Como enfermeiro-chefe, os enfermeiros detentores desta categoria;
- e) Como enfermeiro-supervisor, os enfermeiros detentores desta categoria;
- f) Como assessor técnico de enfermagem, os enfermeiros detentores da categoria de técnico de enfermagem.
- g) Como enfermeiro-director, os enfermeiros-directores que se encontram no desempenho deste cargo.

2 — Os enfermeiros de grau 1 e os enfermeiros graduados que se encontrem, à data da entrada em vigor deste diploma, habilitados com um curso de especialização em enfermagem nos termos do n.º 1 do artigo 14.º do Decreto-Lei n.º 178/85, de 23 de Maio, poderão, mediante requerimento a apresentar durante o prazo de um ano contado a partir da data da entrada em vigor do presente diploma, transitar para a categoria de enfermeiro especialista, desde que existam no respectivo estabelecimento ou serviço vagas na categoria, dentro do número fixado para a correspondente especialidade.

3 — Sempre que o número de vagas na categoria de enfermeiro especialista, dentro do número fixado para a correspondente especialidade, for insuficiente para englobar os enfermeiros provenientes de categorias dos graus 1 e 2 habilitados com um curso de especialização em enfermagem nos termos do n.º 1 do artigo 14.º do Decreto-Lei n.º 178/85, de 23 de Maio, transitam para a categoria de enfermeiro especialista os enfermeiros nas seguintes condições:

- a) Os enfermeiros há mais tempo habilitados com o curso de especialização em enfermagem;
- b) Os enfermeiros detentores de equivalência ao diploma de estudos superiores especializados em enfermagem.

4 — Aos enfermeiros-directores que se encontrem nomeados em comissão de serviço por três anos são aplicáveis, findo esse período, as regras previstas para a respectiva renovação nos termos do n.º 4 do artigo 13.º

5 — Os enfermeiros-directores transitam para o índice imediatamente superior ao que detêm à data da transição.

ANEXO II

Pedido de Autorização ao Conselho de Administração da Instituição Hospitalar.

Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração
do HNSR, EPE – Barreiro
Av. do Movimento das Forças Armadas 2830 – 094
C/c Exma. Sr^a Enf^a Directora Helena Almeida

Assunto: Autorização para aplicação de questionário a Enfermeiros da Instituição no âmbito de Dissertação de Mestrado

Filomena de Lurdes Pinto Sanches, Enfermeira Coordenadora do Núcleo de Formação e Investigação em Enfermagem do HNSR, EPE – Barreiro, Mestranda em **Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde**, área de Especialização em **Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde**, na Universidade de Évora. Está a realizar a dissertação subordinada ao tema **“Formação Contínua dos Enfermeiros em Contexto de Trabalho” – Qualidade e Impacto da Formação Desenvolvida pelos Enfermeiros Responsáveis pela Formação em Serviço de uma Instituição Hospitalar**. Tem por objectivos efectuar o diagnóstico da qualidade da formação desenvolvida pelos enfermeiros responsáveis pela formação em serviço, e conhecer o impacto da formação na melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados e do desenvolvimento das competências dos enfermeiros. O instrumento de colheita de dados é composto por **três questionários**, incluídos em anexo, a aplicar a todos os enfermeiros da prestação de cuidados, responsáveis pela formação e chefes/coordenadores de serviço da instituição. O questionário é confidencial e anónimo, podendo os resultados ser agrupados por serviços se for considerado importante para uma intervenção futura na instituição, sendo garantido aos inquiridos o sigilo das suas respostas.

Investigadora executante: Filomena de Lurdes Pinto Sanches

Orientador da Investigação: Prof. Dr. Carlos Alberto da Silva (Universidade de Évora)

Director do Curso de Mestrado: Prof. Dr. Carlos Alberto da Silva (Universidade de Évora)

Pede Deferimento

Barreiro 20 Junho 2007

Filomena de Lurdes Pinto Sanches

Apresentado em Reunião
do Conselho de Administração
de 21/06/2007
ACTA Nº 25

Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração
do HNSR, EPE – Barreiro

Av. do Movimento das Forças Armadas 2830 – 094

C/c Exma. Sr^a Enf^a Directora Helena Almeida

*Autorizado
dado o interesse
do estudo para o
hospital.*

Assunto: Autorização para aplicação de questionário a Enfermeiros da Instituição no âmbito de Dissertação de Mestrado

Filomena de Lurdes Pinto Sanches, Enfermeira Coordenadora do Núcleo de Formação e Investigação em Enfermagem do HNSR, EPE – Barreiro, Mestranda em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde, área de Especialização em Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde, na Universidade de Évora. Está a realizar a dissertação subordinada ao tema “Formação Contínua dos Enfermeiros em Contexto de Trabalho” – Qualidade e Impacto da Formação Desenvolvida pelos Enfermeiros Responsáveis pela Formação em Serviço de uma Instituição Hospitalar. Tem por objectivos efectuar o diagnóstico da qualidade da formação desenvolvida pelos enfermeiros responsáveis pela formação em serviço, e conhecer o impacto da formação na melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados e do desenvolvimento das competências dos enfermeiros. O instrumento de colheita de dados é composto por três questionários, incluídos em anexo, a aplicar a todos os enfermeiros da prestação de cuidados, responsáveis pela formação e chefes/coordenadores de serviço da instituição. O questionário é confidencial e anónimo, podendo os resultados ser agrupados por serviços se for considerado importante para uma intervenção futura na instituição, sendo garantido aos inquiridos o sigilo das suas respostas.

Investigadora executante: Filomena de Lurdes Pinto Sanches

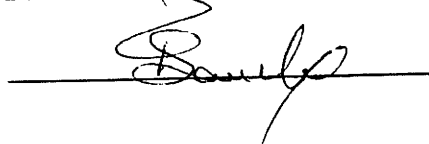
Orientador da Investigação: Prof. Dr. Carlos Alberto da Silva (Universidade de Évora)

Director do Curso de Mestrado: Prof. Dr. Carlos Alberto da Silva (Universidade de Évora)

Pede Deferimento

Barreiro 20 Junho 2007

Filomena de Lurdes Pinto Sanches



ENTRADA

Conselho de Administração

22015 21/06/07

10

ANEXO III

Instrumento de Colheita de Dados.

Caros Colegas,

O presente questionário insere-se no âmbito académico, conducente ao desenvolvimento da Dissertação de Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde, área de Especialização em Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde, na Universidade de Évora.

A Dissertação subordinada ao tema “Paradigma da Formação em contexto hospitalar. Análise da Realidade Percepcionada pelos Enfermeiros de Cuidados Gerais.” Tem por objectivos efectuar o diagnóstico da qualidade da formação desenvolvida na Instituição e conhecer o impacte da formação na melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

O instrumento de colheita de dados pretende conhecer a problemática, na perspectiva dos enfermeiros prestadores de cuidados em todo o processo.

O questionário é confidencial e anónimo, garantindo-se o sigilo das respostas dos respondentes, no entanto, os resultados podem ser agrupados por serviços se for considerado importante para uma intervenção futura. O questionário demora cerca de 7 a 10 minutos a ser respondido. Não demore muito tempo em cada questão. Não existem respostas politicamente correctas. Só conhecendo a efectiva realidade dos factos, se poderá obter informação baseada na evidência científica, de forma a propor medidas de intervenção, conducentes à melhoria da prestação de cuidados e consequente satisfação dos profissionais. Seguindo a filosofia da qualidade, pretende-se conhecer como se faz, para se poder actuar no sentido da melhoria contínua, não interessa conhecer quem faz o quê. Por favor não deixe nenhuma questão por responder e responda com a maior brevidade possível.

Grata pela sua colaboração

Filomena Sanches

(NFIE)

Questionário B – Enfermeiro da Prestação de cuidados Gerais

I – Caracterização da Amostra

As questões que se seguem servem para caracterizar a amostra deste estudo. Por favor responda a toda a informação que é solicitada. Assinale com um ☒ as respostas correspondentes à sua situação e nas questões abertas escreva o solicitado.

Dados pessoais

1. Sexo: Feminino ☐ Masculino ☐
2. Idade (até 30 Junho 2007) _____ anos

Dados Profissionais

3. Habilitações Profissionais:

- Bacharelato em Enfermagem ☐
- Licenciatura em Enfermagem ☐
- Curso de Especialização em Enfermagem ☐ Qual?

Pós Graduação ☐ Especifique _____

Outra ☐ Especifique _____

4. Tempo de Exercício Profissional (até 30 de Junho 2007) _____ anos (rasure anos se possuir tempo inferior e escreva o que se aplicar - dias/semanas/meses)

5. Tempo de Exercício Profissional na Instituição (até 30 de Junho 2007) _____ anos (rasure anos se possuir tempo inferior e escreva o que se aplicar - dias/semanas/meses)

6. Tempo de Exercício Profissional no actual Serviço da Instituição (até 30 de Junho 2007) _____ anos (rasure anos se possuir tempo inferior e escreva o que se aplicar - dias/semanas/meses)

7. Categoria Profissional:

- Enfermeiro ☐
- Enfermeiro Graduado ☐
- Enfermeiro Especialista ☐

8. Tempo de Exercício na Categoria Profissional (até 30 de Junho 2007) _____ anos (rase anos se possuir tempo inferior e escreva o que se aplicar - dias/semanas/meses)

II – Avaliação do Impacto da Formação em Serviço

Durante o ano de 2006 e até Maio de 2007, teve a ocasião de frequentar actividades formativas quer no Centro de Educação e Formação (CEF) da sua Instituição, no seu serviço e fora da Instituição. O presente questionário visa que reflecta sobre a utilidade que tiveram na sua prática diária e em que medida desenvolveu competências individuais e grupais de forma a dar resposta às exigências do serviço, visão, missão e valores da instituição.

Para além disso pede-se que reflecta sobre o planeamento da formação em serviço no seu local de trabalho e o papel e perfil do responsável pela formação em serviço, no sentido de avaliar o impacto que a formação teve quer a nível pessoal quer ao nível do serviço.

No caso de ter frequentado mais que uma acção de formação (AF) no seu serviço, escolha a que mais deu resposta às suas necessidades formativas/ deficit de conhecimentos.

Em baixo tem uma lista de afirmações, responda a todas, colocando uma (X) sobre o algarismo que melhor corresponder à sua opinião. Não há perguntas certas ou erradas, não demore muito tempo em cada uma delas. A primeira opinião normalmente é a que melhor corresponde ao seu pensamento. Os dados são anónimos e confidenciais.

9. Quantas acções de formação em serviço frequentou durante o período referido? ☐

10. Identifique a acção de formação que mais respondeu às suas necessidades formativas no período referido? _____

11. Responda a todas as questões que se seguem recorrendo à escala abaixo indicada. Marque um (X) sobre o algarismo que melhor corresponder à sua opinião.

Escala de Likert - escala Desenvolvida por Rensis Likert em 1932; Fonte Hill&Hill (2002:138)

Não se Aplica	Nunca ou Muito Raramente	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Frequentemente	Sempre
0	1	2	3	4	5

Em que medida...	0	1	2	3	4	5
12. antes de ter assistido à acção de formação (AF) já tinha mobilizado conhecimentos, competências e/ou aplicado técnicas nessa área?	0	1	2	3	4	5
13. após a AF, já teve oportunidade de utilizar os conhecimentos, competências e/ou técnicas que aprendeu?	0	1	2	3	4	5
14. actualmente, utiliza os conhecimentos, competências e/ou técnicas que aprendeu quando desenvolve actividades nesta área?	0	1	2	3	4	5
15. após a AF, a sua confiança aumentou perante a mobilização de conhecimentos, competências e/ou técnicas aprendidas?	0	1	2	3	4	5

16. já tinha recebido no serviço informação/tutoria para desenvolver conhecimentos, competências e/ou aplicar essas técnicas?	0	1	2	3	4	5
17. a AF respondeu aos conhecimentos, competências que é necessário desenvolver habitualmente no seu serviço?	0	1	2	3	4	5
18. tem acesso aos recursos necessários (ex: equipamento/material/ condições de estrutura e ambiente e informação) para aplicar os conhecimentos, competências e/ou técnicas no seu local de trabalho?	0	1	2	3	4	5
19. recebeu ajuda/ apoio para aplicar os conhecimentos e/ou técnicas aprendidas no seu local de trabalho?	0	1	2	3	4	5
20. partilhou/divulgou os conhecimentos, competências e/ou técnicas aprendidas com os colegas?	0	1	2	3	4	5
21. recebeu feedback positivo enquanto estava a aplicar os conhecimentos, competências e/ou técnicas no seu local de trabalho?	0	1	2	3	4	5
22. recebeu feedback negativo enquanto estava a aplicar os conhecimentos, competências e/ou técnicas no seu local de trabalho?	0	1	2	3	4	5
23. a AF contribuiu para a melhoria do seu desempenho nessa área de intervenção?	0	1	2	3	4	5
24. o resultado geral desta AF, influenciou o seu comportamento e desempenho, motivando para desenvolver de forma contínua as suas competências?	0	1	2	3	4	5
25. foi realizada avaliação do resultado da formação no desenvolvimento de competência dos enfermeiros?	0	1	2	3	4	5

26. De quem foi a iniciativa de inscrição nesta Acção de Formação?

(Para apenas uma opção marque (X)). Para mais que uma opção indique por ordem de prioridade/motivo principal. Atribua 5 ao item mais importante, 4 ao item de importância seguinte, etc)

- Sua ☐
- Superior Hierárquico ☐
- Seus colegas ☐
- Enfermeiro Integrador/ Orientador ☐
- Enfermeiro Responsável pela Formação em Serviço ☐

27. O que motivou a inscrição na Acção de Formação?

(Para apenas uma opção marque (X)). Para mais que uma opção indique por ordem de prioridade/motivo principal. Atribua 5 ao item mais importante, 4 ao item de importância seguinte, etc)

- Necessidades detectadas na Avaliação Desempenho ☐
- Objectivos definidos para o serviço ☐
- Utilização de novas estratégias/ técnicas de Intervenção ☐
- Necessidades Formativas Pessoais/profissionais ☐

III – Participação/colaboração na formação em serviço

As questões que se seguem pretendem conhecer a seu envolvimento na formação em serviço.

28. Actualmente no seu serviço existe enfermeiro responsável pela formação em serviço?

- Sim ☐ Não ☐

Se respondeu **Não**, passe para questão Seguinte. Se respondeu **Sim** passe à questão 30.

29. Porque razão não existe enfermeiro responsável pela formação em serviço?

- Desconheço ☐
- Período de transição entre o cessante e o enfermeiro a nomear ☐
- Nunca existiu no serviço ☐
- Não existem candidatos interessados ☐
- Outra Razão ☐ Qual? _____

30. Colabora com o enfermeiro responsável pela formação em serviço, partilhando a sua opinião sobre as necessidades formativas do serviço?

- Sim ☐
- Não ☐
- Às vezes ☐

Se respondeu **Não** responda à pergunta seguinte. Se respondeu **outra opção** passe para a questão 32.

31. Porque não colabora com o enfermeiro responsável pela formação em serviço?

(Para apenas uma opção marque (X), para vários motivos, identifique por ordem de prioridade/motivo principal. Atribua o número 5 ao item mais importante, 4 ao item de importância seguinte, etc.)

- Não me é proposto ☐
- Não me sinto motivado/Interessado para colaborar ☐
- Não tenho opinião ☐
- Não tenho necessidade em frequentar a formação em serviço ☐
- Não detecto necessidades de formação no serviço ☐
- Outra ☐ Qual? _____

32. Conhece o plano de formação delineado para o serviço?

- Sim ☐

Não ☐

33. Responda a todas as afirmações que se seguem recorrendo à escala abaixo indicada. Marque um (X) sobre o algarismo que melhor corresponder à sua opinião.

Escala de Likert - escala Desenvolvida por Rensis Likert em 1932; Fonte Hill&Hill (2002:138)

Não se Aplica	Nunca ou Muito Raramente	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Frequentemente	Sempre
0	1	2	3	4	5

34. Participo nas acções de formação em serviço.	0	1	2	3	4	5
35. Participo nas acções de formação que decorrem durante o meu horário de trabalho.	0	1	2	3	4	5
36. Participo nas acções de formação que decorrem fora do meu horário de trabalho.	0	1	2	3	4	5
37. Participo nas acções de formação que respondem às minhas necessidades formativas.	0	1	2	3	4	5
38. Participo nas acções de formação como Formador.	0	1	2	3	4	5
39. Participo activamente no desenvolvimento de procedimentos/projectos no serviço.	0	1	2	3	4	5
40. Participo na implementação de procedimentos/projectos no serviço quando me é solicitado.	0	1	2	3	4	5
41. Dinamizo a uniformização de critérios de actuação após formação sobre novos procedimentos/ técnicas.	0	1	2	3	4	5
42. Participo na realização de estudos de caso no serviço.	0	1	2	3	4	5
43. Considero que cada um deve efectuar a sua própria autoformação.	0	1	2	3	4	5
44. Participo nas acções de formação/cursos organizados pelo Centro de Educação e Formação (CEF) da instituição.	0	1	2	3	4	5
45. Participo nas acções de formação e cursos quando me é permitido ter dispensa de serviço para os frequentar.	0	1	2	3	4	5

III – Opinião sobre a qualidade da Formação em Serviço

As questões que se seguem pretendem conhecer a sua opinião sobre a formação desenvolvida no seu serviço e Instituição.

Responda a todas as afirmações que se seguem recorrendo à escala abaixo indicada. Marque um (X) sobre o algarismo que melhor corresponder à sua opinião.

Escala de Likert - escala Desenvolvida por Rensis Likert em 1932; Fonte Hill&Hill (2002:138)

Não se Aplica	Nunca ou Muito Raramente	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Frequentemente	Sempre
0	1	2	3	4	5

	0	1	2	3	4	5
46. O enfermeiro responsável pela formação dinamiza e motiva a equipa para cumprir os prazos do plano de formação.	0	1	2	3	4	5
47. O enfermeiro responsável pela formação dinamiza os grupos de trabalho com vista a cumprir prazos para implementação de projectos.	0	1	2	3	4	5
48. Nas acções de formação em serviço os formadores dominam bem as temáticas abordadas.	0	1	2	3	4	5
49. O enfermeiro responsável pela formação domina o manuseamento de meios audiovisuais.	0	1	2	3	4	5
50. O enfermeiro responsável pela formação domina técnicas pedagógicas e de dinâmica de grupos.	0	1	2	3	4	5
51. O serviço tem condições estruturais para se realizarem formações com qualidade.	0	1	2	3	4	5
52. No final das acções de formação é efectuada avaliação da qualidade da formação pelos enfermeiros participantes.	0	1	2	3	4	5
53. Após as acções de formação existe um processo de avaliar a implementação dos procedimentos e dos resultados dessa formação, na prestação de cuidados e desenvolvimento de competências dos enfermeiros.	0	1	2	3	4	5
54. A formação em serviço incide sobre as necessidades específicas do serviço, relacionadas com técnicas e procedimentos inovadores.	0	1	2	3	4	5
55. As Acções de formação contemplam o manuseamento de nova tecnologia.	0	1	2	3	4	5
56. A formação em serviço contempla estratégias de motivação para a mudança e informação sobre projectos de melhoria contínua da Qualidade.	0	1	2	3	4	5
57. Possuímos material, equipamento e tecnologia para desenvolver as competências específicas exigidas no serviço.	0	1	2	3	4	5

58. O enfermeiro responsável pela formação em serviço tem boa relação com a equipa de enfermagem.	0	1	2	3	4	5
59. O enfermeiro responsável pela formação em serviço tem boa relação com a equipa multidisciplinar.	0	1	2	3	4	5
60. O enfermeiro responsável pela formação estimula e envolve a equipa multidisciplinar nas acções de formação em serviço.	0	1	2	3	4	5
61. O enfermeiro chefe/coordenador propõe a participação em acções de formação com base na avaliação de desempenho.	0	1	2	3	4	5

IV – Importância atribuída à Formação Contínua em Serviço

62. Qual a importância que atribui à formação em serviço, como factor de desenvolvimento de competências?

Marque um ☒ sobre o número correspondente à sua opinião.

Muito pouco	Pouco	Médio	Muito	Bastante
1	2	3	4	5

Responda a todas as afirmações que se seguem recorrendo à escala abaixo indicada. Marque um (X) sobre o algarismo que melhor corresponder à sua opinião.

Escala de Likert - escala Desenvolvida por Rensis Likert em 1932; Fonte Hill&Hill (2002:138)

Muito pouco	Pouco	Médio	Muito	Bastante
1	2	3	4	5

Em que medida...	0	1	2	3	4	5
63. Considera possuir conhecimentos técnicos actualizados?	0	1	2	3	4	5
64. Considera possuir conhecimentos científicos que fundamentem a forma como desenvolve a sua actividade diária?	0	1	2	3	4	5
65. considera possuir competências/conhecimentos para prestar cuidados à população multicultural?	0	1	2	3	4	5
66. se sente motivado para investir na formação contínua?	0	1	2	3	4	5

Muito grata pela sua colaboração. Só com a participação de todos os enfermeiros poderemos formular e propor mudanças na procura da qualidade, onde todos os pares são ouvidos e envolvidos no processo.

Muito Obrigado!

Filomena Sanches

ANEXO IV

Proposta de Perfil de Funções do Enfermeiro Responsável pela Formação em Serviço.



Dimensão das competências Técnicas ou saber – fazer (técnicas e procedimentos utilizados na execução de tarefas)
1. Conhece e integra-se no contexto técnico-científico em que exerce a sua actividade.
1.2. Compreende, integra e adapta as necessidades em contexto de trabalho, à população activa – clientes externos (utentes) e clientes internos – equipa de enfermagem e equipa multidisciplinar.
1.3. Tem domínio técnico-científico na sua área de desempenho profissional.
1.4. Sabe adaptar e adequar os sistemas e técnicas de formação ao local de exercício de funções.
1.5. Adapta os processos de aprendizagem aos formandos e estabelece uma relação pedagógica.
1.6. Planifica, concebe e organiza acções de formação.
1.7. Compreende e integra-se no papel e perfil de responsável pela formação em serviço.
2. Estrutura a formação de acordo com a missão, visão e valores da organização e do serviço.
2.1. Estrutura e adapta a metodologia da formação às particularidades do grupo de formandos.
3. Planifica e prepara sessões de formação e/ou colaborar na sua preparação.
3.1. Concebe o plano da formação.
3.2. Define objectivos pedagógicos para a acção de formação e/ou colaborar na sua definição.
3.3. Analisa e estrutura os conteúdos da acção de formação.
3.4. Colabora na selecção dos métodos e técnicas pedagógicas apropriados à especificidade da acção de formação.
3.5. Concebe e/ou colabora na elaboração dos suportes didácticos.
3.6. Concebe e elabora os instrumentos de avaliação – questionários, grelhas de observação.
4. Lidera e medeia o processo de formação/aprendizagem do grupo.
4.1. Motiva o grupo para a aprendizagem.
4.2. Gere os fenómenos de relacionamento interpessoal e de dinâmica de grupo durante a formação.
4.3. Desenvolve os conteúdos da formação propostos.
4.4. Promove a comunicação no grupo durante a formação e processo de aprendizagem.

4.5. Cumpre os prazos previstos e facilita os meios materiais necessários à organização da formação e desenvolvimento de projectos.
5. Faz a gestão da progressão e desenvolvimento da aprendizagem dos formandos/grupo.
5.1. Efectua o diagnóstico dos conhecimentos/competências, antes de desenvolver um projecto ou formação.
5.2. Efectua a avaliação nível 1 da acção de formação através da aplicação de questionários.
5.3. Efectua a avaliação final da formação, através da avaliação formal do desenvolvimento de conhecimentos e competências.
6. Avalia a eficiência e eficácia da formação e da implementação de projectos.
6.1. Avalia o processo formativo e/ou de implementação de projectos.
6.2. Participa na avaliação do impacto da formação nos desempenhos e desenvolvimento de competências.
Dimensão das competências Relacionais (saber - estar)
7. Sabe estar em situação profissional/contexto de trabalho o que implica, nomeadamente:
7.1. Assiduidade, pontualidade, postura pessoal, profissional e empenho.
7.2. Co-responsabilidade e autonomia, capacidade de negociação, espírito de equipa e estabelecer comunicação interpessoal.
7.3. Tem perfil de líder e estabilidade emocional.
7.4. É tolerante, possui resistência à frustração, tem autoconfiança, sentido de auto-critica e sentido ético pessoal e profissional.
8. É capaz de manter boa relação e clima de confiança com a equipa de enfermagem.
8.1. É capaz de manter boa relação com a equipa multidisciplinar.
9. Procura corresponder pronta e solícitamente a questões particulares, ou de grupo na resolução de dúvidas, em contexto de formação ou de aprendizagem.
10. Mostra disponibilidade para partilhar conhecimentos/experiências.
11. É capaz de se relacionar com o objecto da sua actividade em contexto de trabalho, o que implica criatividade, flexibilidade, espírito de iniciativa e abertura à mudança.
12. Tem capacidade de análise e de síntese, de planificação e organização, de resolução de problemas e de tomada de decisão
Dimensão das Competências Sócio-afectivas (saber ser)
13. Demonstra estar realizado com o trabalho que desenvolve.
14. Demonstra estar satisfeito com o trabalho que realiza tanto pessoal como profissionalmente.
15. Demonstra estar motivado para realizar de forma persistente o seu trabalho.
16. Demonstra ser entusiasta e transmitir entusiasmo naquilo que faz.

Dimensão das Competências Científicas (saber - saber)
17. Procura manter os conhecimentos actualizados.
18. Mostra estar consciente da necessidade em aprender ao longo da vida devido à rápida transformação dos conhecimentos (auto desenvolvimento pessoal e profissional).
19. Integra a multidisciplinaridade dos conhecimentos que possui, na tomada de decisão.
20. Conhece os seus erros e limitações.
21. É capaz de mobilizar conhecimentos na resolução de problemas.
22. Em geral não deve criticar por criticar (dominar o método de feedback positivo), procurando encontrar soluções para os problemas.
23. Saber sincronizar-se com os interesses colectivos quando trabalha em equipa.

ANEXO V

Suporte Informático do Tratamento e Análise de Dados e Documentos do Projecto de Intervenção.